

147
FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 février 1907, à 1 heure

PAR

Jean-Louis DAVID
Interne des Hôpitaux de Paris

DE

LA JÉJUNOSTOMIE

Président: M. LE DENTU, Professeur.

Juges: MM. POZZI, Professeur.
FAURE, Agrégé.
MORESTIN, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907

DE LA JÉJUNOSTOMIE

DU MÊME AUTEUR

Chondro-Sarcome du fémur.

Société anatomique 1904.

Chondro-Sarcome du fémur (en collaboration avec
M. Lesné).

Tribune médicale 1904.

Tumeur ileo Cœcale.

Société anatomique 1905.

Fibromes multiples de l'utérus.

Fibrome tordu.

Société anatomique 1905.

Tumeurs du testicule. Semenome et Syphilome.

Société anatomique 1906.

Papillome de la langue.

Société anatomique 1906.

Torsion des fibromes de l'utérus.

Semaine Gynecologique 1906.

Occlusions post-opératoires.

Tribune médicale 1906.

**Nouveau procédé d'Exclusion. Intestinale sans
rection préalable de l'intestin** (en collaboration avec
M. Souligoux.)

Société de chirurgie 1906.

147

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 février 1907, à 1 heure

PAR

Jean-Louis DAVID
Interne des Hôpitaux de Paris

DE

LA JÉJUNOSTOMIE

Président: M. LE DENTU, Professeur.

POZZI, Professeur

Juges: MM. FAURE, Agrégé.

MORESTIN, Agrégé



Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen

Professeurs

Anatomie.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Maladies des Enfants.....
 Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique.....

M. DEBOVE.

MM

POIRIER.
 CH. RICHET.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 BRISSAUD.
 LANNELONGUE.
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 SEGOND.
 POUCHET.
 GILBERT.
 CHANTEMESSE.
 THOINOT.
 DEJERINE.
 ROGER.

HAYEM.
 DIEULAFOY.
 DEBOVE.
 LANDOUZY.
 GRANCHER.
 JOFFROY.
 GAUCHER.
 RAYMOND.
 LE DENTU.
 TERRIER.
 BERGER.
 RECLUS.
 DE LAPERSONNE.
 ALBARRAN.
 PINARD.
 BUDIN.
 POZZI.
 KIRMISSON.
 Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM

AUVRAY.
 BALTHAZARD.
 BRANCA.
 BEZANÇON.
 BRINDÉAU.
 BROCA André.
 CARNOT.
 CLAUDE.
 CUNEO.
 DEMELIN.
 DESGREZ.

MM

DUPRE.
 DUVAL.
 FAURE.
 GOSSET.
 GOUGET.
 GUIART.
 JEANSELMÉ.
 LABBE.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.

MM

LEGRY.
 LEGUEU.
 LEPAGE.
 MACAIGNE.
 MAILLARD.
 MARION.
 MAUCLAIRE.
 MERY.
 MORESTIN.
 POTOCKI.

MM

PROUST.
 RENON.
 RICHAUD.
 RIEFFEL (chef des
 Travaux anatomiques).
 TEISSIER.
 THIROLOIX.
 VAQUEZ.
 WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

LE DOCTEUR DAVID

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE REGRETTE

LE PROFESSEUR TILLAUX

A MON EXCELLENT MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de médecine,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

*Hommage de respectueuse
reconnaissance.*

A MON CHER MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-J. PEYROT

Membre de l'Académie de médecine,
chirurgien des hôpitaux.

*En témoignage de profond
respect et d'inaltérable
dévouement.*

A MON CHER MAITRE

M. LE DOCTEUR BAZY

Chirurgien de l'hôpital Beaujon

*à qui je suis heureux d'ex-
primer toute ma reconnais-
sance pour les nombreux té-
moignages d'intérêt et d'af-
fection qu'il m'a prodigués.*

A MON CHER MAITRE

M. LE DOCTEUR SOULIGOUX

Chirurgien de l'hôpital Ténon,

*que nous remercions bien
vivement de l'amitié qu'il
nous a toujours témoignée.*

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le professeur KIRMISSON, MM. TAPRET, MAU-
CLAIRE, BONNAIRE, WIART, MARCILLE, BAUDET,
LAPOINTE, LABEY, PICHEVIN.

A MES PREMIERS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE TOULOUSE

MM. les professeurs CHARPY, MOSSÉ, JEANNEL.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR CHALOT

CHAPITRE PREMIER

Définition.

La jéjunostomie est l'abouchement temporaire ou définitif du jejunum à la paroi abdominale créé dans un but bien défini : ouvrir à l'alimentation une voie dérivée, mettre l'estomac au repos. C'est une bouche artificielle, une bouche contre nature. L'anüs contre nature portant sur le jejunum ne constitue pas une jéjunostomie, c'est un anus haut placé, défectueux, une mauvaise opération, un accident redoutable mais rien de plus. M. Guinard a rapporté une observation d'anüs contre nature jéjunal, consécutif à la gangrène d'une hernie étranglée. Le résultat ne se fit pas attendre, la malade mourut très rapidement d'inanition.

Historique.

La jéjunostomie est une opération bien française. Comme l'a rappelé M. le professeur Terrier en 1898 à la Société de Chirurgie, c'est Surmay, chirurgien de l'hôpital de

Ham, qui exécuta la première jéjunostomie, le 19 juin 1878 dans le service de M. le professeur Le Dentu, à l'hôpital Saint-Antoine, sur une malade de Dujardin-Beaumetz, présentant tous les signes d'une sténose pylorique.

Il avait fait paraître dans le courant de l'année un article dans le *Bulletin général de thérapeutique*, chaleureux plaidoyer en faveur de la jéjunostomie, opération rationnelle au point de vue physiologique, bien réglée au point de vue chirurgical et qu'il place à côté de la gastrostomie.

Si la jéjunostomie est bien d'origine française, il faut avouer que c'est surtout à l'étranger qu'elle a été étudiée, et appliquée.

Tandis qu'en 1878 à 1898, en France, on ne s'occupe pas de cette question, si bien que l'on ne rencontre que trois observations éparses et isolées (de Peyrot et de Montaz), à l'étranger, au contraire, paraissent un grand nombre de publications qui ont servi de base aux thèses de Verdin et de Bosquet (1898-1899).

En 1898, M. le professeur Terrier, à la Société de Chirurgie, après avoir montré que la première intervention de ce genre appartient bien à Surmay, de Ham, après avoir donné lecture d'une observation nouvelle, dit à quelles indications répond, à son avis, la jéjunostomie et expose la technique opératoire.

A la suite de cette communication, M. le professeur Le Dentu, témoin oculaire de la première intervention de jéjunostomie, apporte son hommage à la mémoire de Surmay et rappelle une observation personnelle de jéjunostomie faite à Necker pour cancer de l'estomac.

En 1898 et 1899, dans leur thèse, MM. Verdin et Bos-

quet résumant l'état de la question et relèvent les observations parues jusqu'à ce jour.

La jéjunostomie en était encore à ses premiers pas et les procédés opératoires plus nombreux que les indications.

En 1898, M. Jeannel, dans son livre: *La chirurgie de l'intestin*, consacre un court chapitre à la jéjunostomie. Il insiste plus longuement sur cette opération dans une deuxième édition parue en 1901, et décrit en détails les nombreux procédés de fistulisation jéjunale.

Silence absolu jusqu'en 1902.

Encore une fois M. le professeur Terrier monte à la tribune de la Société de Chirurgie, donne lecture d'une nouvelle observation de jéjunostomie, et indique une modification apportée au procédé primitif qui n'était en somme que le procédé de Surmay bien réglé dans ses différents temps.

Le 10 février 1904, M. Schwartz lit à la Société de Chirurgie son rapport sur un mémoire de Riche intitulé : « De la jéjunostomie et spécialement de la jéjunostomie en Y ». Il en profite pour faire un rapide exposé de l'état actuel de la question. Il prône la jéjunostomie en Y parce qu'elle lui paraît la plus sûre et la plus propre à assurer la continence. Mais il la regarde comme une opération de nécessité, comme un pis aller et lui préfère la gastro-entérostomie antérieure ou postérieure, toutes les fois qu'il est possible de l'exécuter. Nous assistons alors à une discussion des plus intéressantes à laquelle prennent part MM. Quenu, Walther, Tuffier et Hartmann, qui apportent leurs observations et donnent leur opinion.

De cette discussion, il ressort très nettement que la jéjunostomie doit être regardée comme une opération d'exception applicable à des cas très rares dans lesquels ni la gastrostomie, ni la gastro-entérostomie ne sont possibles ; comme une *ultima ratio* opposée aux cas où tout autre chose est impossible. Cependant quelques mois plus tard. M. Quenu, discutant à la Société de Chirurgie la valeur de la gastro-entérostomie dans les ulcères hémorragiques de l'estomac, se demande si devant les résultats peu encourageants obtenus, il ne faudrait pas se résigner à une nouvelle opération dans les cas d'ulcères saignants en évolution, si l'on ne pourrait pas par une jéjunostomie, mettre l'estomac au repos et arrêter la marche de l'ulcère.

Puis nous voyons paraître, dans la *Semaine médicale* de juillet 1904, l'article si documenté, si précis de M. Lejars. Il réhabilite la jéjunostomie, avec Maydl, von Eiselsberg, il étend ses indications, nous montre les résultats obtenus dans certaines formes d'ulcères peptiques, dans les brûlures de l'estomac, et avec sa grande clarté habituelle, il nous expose les différents procédés opératoires, en fait la critique et donne ses préférences à la jéjunostomie latérale avec canalisation de Eiselsberg-Witzel.

En 1904, M. Montprofit fait paraître quelques notes sur la jéjunostomie dans la *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*.

Pour lui le cancer inopérable de l'estomac n'est pas une indication de la jéjunostomie. Il préfère s'abstenir lorsque toute gastrectomie ou gastro-entérostomie est impossible.

Signalons encore : Le rapport de M. Guinard à la Société

de Chirurgie juin 1906, sur deux cas de jéjunostomie par torsion, pratiqués par M. le docteur Souligoux.

La thèse de Brasseur. « de la jéjunostomie et principalement de la jéjunostomie en Y au cours de l'ulcère de l'estomac en activité » (Lille, 1905-1906), dans laquelle on trouve un historique à peu près complet de la question. Brasseur pose rapidement les indications de la jéjunostomie dans le cancer, les brûlures de l'estomac, et insiste sur les bienfaits de la bouche jéjunale dans l'ulcère fluide.

La thèse de Letorey, « Traitement chirurgical d'urgence des brûlures de l'estomac, Lyon, 1905-1906 », aux conclusions de laquelle il nous est impossible de souscrire. Avec un parti pris évident, M. Letorey, qui a oublié sans doute de lire les observations qu'il a cependant sous les yeux, traite de belle manière la jéjunostomie qu'il considère comme peu physiologique, et incapable d'empêcher la déperdition des liquides biliaires qui s'écoulent, dit-il, continuellement par la fistule ou refluent par la bouche. Il propose la pylorostomie et en rapporte trois observations avec trois morts.

L'article de MM. Jeanne et Brunon dans le *Bulletin médical* du 14 juillet 1906, relatif au traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la jéjunostomie. Ils relatent tout au long une observation et la font suivre de quelques réflexions sur la pathogénie des vomissements de la grossesse, les résultats de l'avortement provoqué et posent en deux mots les indications de la jéjunostomie.

En réponse à cet article, le 25 juillet paraît dans la *Revue médicale de Normandie* une critique de M. Martin, un peu sévère peut-être, accompagnée d'une trop courte

étude de la jéjunostomie dont le procès est fait sans dossier bien considérable et la condamnation prononcée sans appel.

Et les intéressantes communications de MM. Lejars et Quénu (Société de Chirurgie, juin 1906) qui montrent les bénéfices que l'on peut tirer de la jéjunostomie dans certaines formes de gastrites ulcéreuses.

Notons enfin un article très documenté de notre ami Chevrier, prosecteur distingué des hôpitaux de Paris, paru dans la *Gazette des hôpitaux*, 10 janvier 1907, dans lequel il propose, se plaçant au point de vue fonctionnel, une classification originale des procédés opératoires et expose avec une très grande clarté un procédé personnel de jéjunostomie valvulaire.

En France, c'est à peu près tout. A l'étranger, en Allemagne surtout, de nombreux travaux paraissent, travaux documentés, basés sur un grand nombre d'observations.

Avec Cackovic, Moynihan, avec Maydl, Kelling, von Eiselberg, la jéjunostomie prend un essor considérable. Les indications s'élargissent, ce n'est plus toujours une opération de nécessité, vivant des contre-indications de la gastro-entérostomie, elle devient dans certains cas une opération de choix.

C'est le 9 mars 1883, que Robertson d'Oldham fait la deuxième jéjunostomie.

Le 27 novembre 1885, Golding Bird communique à la Clinical Society of London, une nouvelle observation de jéjunostomie, il s'agissait d'une tumeur pylorique. Le malade vécut 9 jours, et il est bien certain que Golding Bird aurait obtenu, le premier, un succès opératoire complet si

l'introduction maladroite de la sonde n'avait occasionné une fausse route et provoqué une péritonite.

Dans la discussion qui suivit la communication de Golding Bird, Pearce Gould fait mention d'un cas de cancer pylorique pour lequel il pratiqua le 8 septembre 1885, avec peu de succès d'ailleurs, la jéjunostomie.

En 1887, Maydl, de Prague, publie son premier procédé de jéjunostomie analogue à celui de Surmay, indique l'incision de choix et la manière de rechercher le jejunum. Il critique la duodénostomie et la rejette.

Greiy Smith propose une autre méthode opératoire exécutée en 1891 par Mayo-Robson, et rejette la duodénostomie d'une exécution plus difficile.

En 1888, Albert, de Vienne, publie deux cas de jéjunostomie à la Surmay pour carcinome du pylore très étendu.

En 1891, Jesset communique à la Clinical Society of London, deux observations de jéjunostomie pour cancer pylorique, il applique à la jéjunostomie le procédé que Senn avait proposé pour la gastro-entérostomie (plaques d'os décalcifié).

Larkin la même année se sert dans un cas de ce procédé.

En 1891, Hahn applique le premier et avec succès la jéjunostomie aux brûlures de l'œsophage et de l'estomac. Plusieurs chirurgiens suivent la conduite de Hahn et quelques observations de brûlures gastriques traitées par jéjunostomie sont publiées par von Eiselberg, Maydl et Karewski avec des résultats favorables.

En 1892, Maydl publie un nouveau procédé, procédé en Y, qui porte son nom. En 1898, il fait paraître un mémoire

important où il recueille vingt-deux observations. En 1903, il reprend encore une fois la question, insiste sur la bonté des résultats opératoires, et étend les indications de la jéjunostomie. Il rapporte dans son article un total de vingt-sept cas de cancers pour lesquels il a pratiqué la jéjunostomie. Pour Maydl, la jéjunostomie ne doit plus être une opération faite *in extremis*, un pis-aller, parce que toute gastro-entérostomie est impossible ; elle doit constituer une intervention de choix et non de nécessité. « La jéjunostomie, par le nombre de cas auxquels elle peut s'appliquer, par la sécurité de la méthode, par sa facilité d'exécution, même sans anesthésie, par sa faible mortalité, par le bon fonctionnement de la fistule, par la durée de la survie, par la garantie qu'elle donne contre la récurrence de la sténose, doit être préférée à la gastro-entérostomie et considérée comme l'opération palliative de choix, quand il s'agit d'une sténose pylorique d'origine cancéreuse ».

Dès 1897, Maydl applique la jéjunostomie à certaines formes d'ulcères de l'estomac, avec des résultats excellents, elle est pour lui l'opération la plus rationnelle et la moins dangereuse.

En 1894, Albert, de Vienne, publie deux observations de jéjunostomie d'après un nouveau procédé qu'il décrit longuement.

L'année suivante, en 1895, von Eiselberg applique à la jéjunostomie le procédé de Witzel. A plusieurs reprises, dans des travaux nombreux et aux différents congrès de chirurgie il expose ses vues sur la jéjunostomie et en donne les indications. Sans aller aussi loin que Maydl, il

la considère comme une bonne opération palliative de second ordre dans le cancer de l'estomac, comme une opération capable de donner de bons résultats dans certaines variétés d'ulcères peptiques, comme l'opération de choix dans les brûlures de l'œsophage et de l'estomac.

En 1896, Karewski adopte le procédé de Witzel, sans savoir que Eiselberg l'a déjà employé et publié un travail sur son application dans le *Berliner klinische Wochenschrift*.

En 1898, paraît la thèse de Scholz, thèse un peu courte, à la vérité, où l'on trouve un historique rapide, incomplet et inexact dans certains points de la question. Scholz attribue la première jéjunostomie à Golding Bird, bien qu'il paraisse connaître l'article de Surmay, paru en 1878 dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

Henle et Heidenhain, en 1898 et 1899, appliquent la jéjunostomie latérale à des hématoméses aiguës avec un succès relatif.

En 1899, Zimmeister associe la jéjunostomie à la gastro-entérostomie et obtient la guérison de son malade, atteint d'une sténose cicatricielle du pylore et du cardia.

Heuck, dans un article du *Beitrag zur clin. chirurg.*, 1902, expose ses idées sur la jéjunostomie. Pour lui, elle doit être réservée aux cancers de l'estomac inopérables, dans lesquels la gastro-entérostomie n'est pas possible, aux brûlures de l'œsophage et de l'estomac, pour lesquels il associe volontiers la gastro-entérostomie et la jéjunostomie à certaines sténoses du pylore et du cardia. C'est le procédé de Eiselberg-Witzel qu'il préconise.

Après Hahn, après Maydl, Neumann, peu satisfait des

résultats de la gastro-entérostomie dans l'ulcère floride de l'estomac, recommande la jéjunostomie, seule capable d'assurer le repos de l'estomac.

Keetley, le 9 octobre 1903, dit à la Société de chirurgie de Londres les bons effets de la jéjunostomie dans l'ulcère floride.

En 1902, Cackovic, dans les *Archives für clin. chir.*, fait une revue générale, recueille soixante-sept cas et étudie les indications opératoires.

En 1904, Nösske, moins enthousiaste que Maydl, Neumann et Keetley, après avoir communiqué, dans le *Deutsche zeitschr. für chirur.*, les cas d'Helferich, insiste longuement sur les déboires et les accidents de la jéjunostomie.

Maragliano, dans un travail très documenté, paru dans le *Beitrag zur klinische chirurgie*, 1904, étudie les indications de l'intervention chirurgicale dans les affections néoplasiques et non néoplasiques de l'estomac et de l'œsophage. Il rapporte cinq observations de jéjunostomie, une pour cancer, quatre pour ulcère de l'estomac compliqué.

La même année Stich, assistant de Garré, dans le *Beitrag zur klinische chirurgie*, publie un travail sur les indications et les résultats des diverses interventions appliquées aux affections malignes et bénignes de l'estomac. Dans le service du professeur Garré, la jéjunostomie fut exécutée seize fois, quatorze fois pour cancer de l'estomac, cachexie avancée et infiltration diffuse, deux fois pour ulcère dont les vomissements et les hématomésés étaient les symptômes dominants.

Signalons encore le travail de Kelling dans le *Central-*

blatt für chirurgie 1904, relatif à un nouveau procédé de jéjunostomie dérivé du procédé de Maydl qu'il eut l'occasion d'exécuter huit fois ; il est regrettable que les huit observations n'accompagnent pas cette courte publication.

Signalons encore les publications de Krause, de Kronheimer, de Furner et Weber.

En 1905, paraît un mémoire très important de Lempp, inspiré par von Eiselberg ; il pose nettement les indications de la jéjunostomie dans le cancer, l'ulcère et les brûlures de l'œsophage et de l'estomac, il en rapporte un grand nombre d'observations, et conclut au bien fondé de cette opération qui peut rendre des services et qu'on aurait tort de dédaigner. C'est certainement le travail le plus complet paru sur cette question, et les idées exposées nous paraissent excellentes.

Le 3 juin 1905, Mayo Robson publie, dans *the Lancet*, un nouveau procédé de jéjunostomie dérivé de celui d'Albert de Vienne, appliqué avec un bon résultat dans un cas de cancer.

Au mois de mars 1906, Jonnèsco rapporte, à la Société de chirurgie de Budapest, un cas de jéjunostomie en Y pour cancer de l'estomac avec survie d'un mois et mort par cachexie.

L'histoire de la jéjunostomie présente le plus grand intérêt : elle nous montre dans une première phase cette opération éminemment française, ignorée de la plupart des chirurgiens français, passer à l'étranger ; dans une deuxième phase, on s'occupe un peu plus de cette question qui semble intéresser davantage nos sociétés savantes,

mais c'est encore à l'étranger que la jéjunostomie est accueillie avec le plus de faveur, c'est là qu'elle est étudiée avec le plus de soin, c'est encore de l'étranger que nous viennent le plus grand nombre d'observations. Nous pouvons suivre la jéjunostomie, depuis ses premiers pas, bien timides et mal assurés, jusqu'à aujourd'hui ou plus hardie, elle n'hésite pas à se placer au rang des opérations ayant fait leurs preuves.

Au début, la jéjunostomie était un pis-aller, on ne pouvait pas faire mieux on faisait une jéjunostomie : chirurgie détestable que cette chirurgie sur des moribonds !

Encore actuellement, certains chirurgiens conservent à la jéjunostomie ces indications du début de son existence et ne lui reconnaissent le droit de vivre que des contre-indications de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie. Cependant la jéjunostomie a profité de l'essor de la chirurgie en général, de la chirurgie gastro-intestinale en particulier. Peu à peu, les procédés opératoires se sont modifiés, réglés, améliorés. Les indications se sont précisées, étendues, les résultats sont devenus meilleurs.

C'est à Maydl que revient l'honneur d'avoir étendu les indications de la bouche jéjunale, d'avoir montré qu'elle valait mieux qu'on ne l'avait cru et quel parti on pouvait en tirer dans certaines affections de l'estomac et du duodénum. Maydl a certainement exagéré, il a voulu faire de la jéjunostomie l'agent thérapeutique de toutes les affections gastriques. Il n'y a pas de cancer de l'estomac, dit-il, qui ne soit justiciable de la jéjunostomie. Il étend ses indications à l'ulcère floride, à l'ulcère sténosant, même aux sténoses congénitales du pylore. Peu de chirurgiens

l'ont suivi dans cette voie et la plupart se sont refusés avec juste raison à sacrifier la gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie est une admirable opération « *Le triomphe de la chirurgie gastro-intestinale* », mais il n'en est pas moins vrai que trop souvent on lui a demandé plus qu'elle pouvait, ne saurait donner. Nous avons une profonde admiration pour cette opération, mais nous croyons que c'est une grave erreur que d'en faire l'opération de choix toujours et quand même, et nous pensons que trop souvent on a renoncé bien à tort aux bénéfices d'une jéjunostomie.

Longtemps elle fut réservée aux formes les plus avancées et les plus graves du cancer de l'estomac. Cancer très étendu, adhérences nombreuses, impossibilité de faire la gastrectomie ou la gastro-entérostomie : telles étaient les seules indications de la jéjunostomie. Nous n'en sommes plus là, les indications se sont singulièrement étendues.

CHAPITRE II

Indications.

La jéjunostomie a pour but :

1° *D'ouvrir à l'alimentation une voie dérivée ;*

2° *De mettre l'estomac au repos.*

L'un et l'autre, comme le dit Lejars, sont évidemment solidaires mais ils n'en répondent pas moins à des indications parfois différentes et cette mise au repos de l'estomac peut devenir à elle seule le but principal du traitement, alors qu'aucun obstacle mécanique n'entravé encore gravement l'alimentation par voie normale.

Mais avant que de poser les indications de la jéjunostomie, nous devons nous demander :

1° *Si l'alimentation exclusive par une bouche jéjunale peut être suffisante ;*

2° *Si l'estomac est mis au repos complet par l'établissement de cette bouche artificielle.*

Surmay s'était déjà posé la première de ces deux questions et dans son article paru en 1878 dans les *Archives générales de médecine*, il concluait que la jéjunostomie était une opération *rationnelle au point de vue physiologique* : « Dans l'état actuel de nos connaissances, dit-il, il

est admis que les substances alimentaires, féculentes ou grasses, qui sont propres à la nutrition, ne deviennent absorbables et assimilables qu'après une certaine élaboration. Les substances albuminoïdes doivent être transformées en un corps appelé albumose ou peptone.

Les matières féculentes deviennent de la dextrine et finalement de la glycose et les matières grasses doivent être émulsionnées. Le suc gastrique a la propriété de transformer les matières albuminoïdes en albumose, mais il partage cette propriété avec le suc pancréatique et le suc intestinal. Les substances albuminoïdes introduites dans l'estomac subissent l'action directe du suc gastrique, mais il s'en faut de beaucoup qu'elles soient entièrement peptonifiées lorsqu'elles sortent de ce viscère. Il paraît certain que c'est surtout dans l'intestin qu'à l'aide du suc pancréatique cette transformation s'effectue. Avec le concours des parois stomacales, le suc gastrique, en imprégnant les substances albuminoïdes, les divise, les mélange, en achève la trituration et les prépare à l'action définitive des sucs qu'elles rencontrent dans l'intestin... A la salive, au suc pancréatique surtout et même au suc intestinal appartient la propriété de faire avec les substances féculentes de la glycose absorbable.

Enfin, les matières grasses sont émulsionnées par la bile, le suc pancréatique et le suc intestinal. *De tout ce qui précède, il résulte d'une manière évidente que toutes les modifications chimiques dont les aliments ont besoin pour devenir absorbables, s'effectuent dans l'intestin et qu'une seule de ces opérations commence à se faire dans l'estomac.* Il semble, d'après cela, que la suppression de l'action gas-

trique ne doive pas porter un très grave préjudice à la nutrition. » Il ajoute qu'il semble prouvé que c'est le passage des aliments dans l'intestin qui excite la sécrétion pancréatique et admet la production de cette excitation sécrétoire, aussi bien par les aliments injectés directement dans l'intestin que par les aliments introduits par l'orifice pylorique.

Les résultats opératoires et les recherches expérimentales récentes prouvent l'exacte vérité de ce que Surmay avançait au nom de la physiologie dès 1878.

Il est établi par l'expérimentation sur les animaux, que l'on peut obtenir une alimentation suffisante par une fistule intestinale haute.

Sur l'homme, de nombreux cas de jéjunostomie en fournissent la preuve et les expériences de Czerny, de Schlatter qui enlèvent complètement l'estomac à des chiens, prouvent que l'intestin peut suffire à lui seul au travail de la digestion. Après jéjunostomie, les digestions se font normalement, comme en témoigne l'examen des fèces, l'absorption n'est nullement entravée et l'on voit les opérés augmenter de poids, parfois d'une façon considérable.

Sans doute les aliments sont introduits dans l'intestin notablement au-dessous du niveau d'abouchement du cholédoque et du canal pancréatique, mais si la continence est parfaite, il n'y a point de perte de bile et de suc pancréatique, qui peuvent dès lors exercer leur action.

Mais cette sécrétion des sucs biliaire et pancréatique est-elle normale, se fait-elle régulièrement après jéjunostomie?

D'après Pawlow et Wertheimer, la sécrétion du suc pan-

créatique et de la bile serait due à un reflexe à point de départ duodéal.

Cette théorie de la sécrétion réflexe est admise par la plupart des auteurs, malgré Bayliss et Starling qui concluent de leurs expériences que la sécrétion du pancréas tient à l'irritation chimique des cellules pancréatiques ; et les recherches de Kelling permettent d'affirmer que le point de départ du réflexe n'est point exclusivement duodéal, qu'il peut être jéjunal, qu'il existe en d'autres termes un reflexe jéjuno-pancréatique et qu'après jéjunostomie comme après gastro-entérostomie, la sécrétion pancréatique et biliaire a lieu, moins accentuée peut-être qu'à l'état normal, mais suffisante cependant pour permettre une digestion complète des aliments introduits.

Nous devons nous demander maintenant si après jéjunostomie, la mise au repos de l'estomac est complète aussi bien au point de vue moteur que sécrétoire.

La question n'est pas encore complètement résolue.

Reach, Leube, Riegel, Lœwe, Metzger, étudièrent à plusieurs reprises l'influence des lavements nutritifs sur la motricité et l'activité sécrétoire de l'estomac. Les résultats furent contradictoires. S'il était prouvé qu'un lavement alimentaire excite non seulement les mouvements péristaltiques de l'estomac mais encore la sécrétion du suc gastrique, il serait logique d'admettre que l'introduction de liquides nutritifs dans une partie plus haute du tube intestinal doive avoir une influence plus grande encore.

Mais les résultats de l'expérimentation sont loin d'entraîner la conviction. Pawlow nie tout reflexe recto-stomacal, mais admet au contraire, d'après ses expériences, un re-

flexe intestino-gastrique. De fait, sur un chien porteur d'une fistule duodénale et d'une fistule gastrique, Pawlow sépara l'estomac de l'intestin et parvint à provoquer la sécrétion gastrique en introduisant des substances alimentaires dans l'intestin grêle. Pawlow n'indique pas à quelle hauteur du duodénum se trouvait la fistule, il ne dit pas non plus quelle était la quantité du suc sécrété, ni sa composition chimique. Le Conte croit à un centre sécrétoire qui reçoit l'excitation de la bouche, de l'intestin et la transmet à l'estomac. A côté de cette excitation d'ordre chimique, il place une excitation d'ordre psychique.

Lempp, sur une malade, seize mois après la jéjunostomie, après guérison, par conséquent de l'affection première, versa du lait dans la bouche artificielle et de dix minutes en dix minutes, après lavage de l'estomac introduisit la sonde œsophagienne. A la première introduction il fut retiré une demi-cuillerée à soupe de suc gastrique, clair et acide, à la deuxième et à la troisième on ne put rien recueillir.

Il semble donc vraisemblable que peu après l'introduction des aliments dans l'intestin, la sécrétion des glandes gastriques est excitée, mais se tarit très rapidement. Un fait sur lequel nous voulons attirer l'attention, qui a été signalé par de nombreux auteurs, par Metzger en particulier, et que nous avons plusieurs fois constaté très nettement dans nos expériences est *l'action motrice et sécrétoire de l'alcool*. Aussi faut-il éviter, comme le recommande Lempp, avec juste raison, *l'introduction de l'alcool concentré dans une bouche jéjunale, surtout dans les cas où*

la jéjunostomie a été pratiquée pour des hémorragies gastriques.

En résumé, nous dirons que la jéjunostomie *est capable de permettre une alimentation dérivée suffisante et qu'elle assure à l'estomac un repos incomplet sans doute mais cependant très marqué.*

§ 1. — Indications de la jéjunostomie dans le cancer de l'estomac.

C'est surtout pour le cancer de l'estomac que la jéjunostomie a été pratiquée et il en existe un grand nombre d'observations. Son rôle dans les affections néoplasiques de l'estomac n'est qu'un rôle accessoire, secondaire, elle ne répond qu'à des indications d'urgence et ne constitue qu'une opération palliative de second ordre, qui disparaîtra le jour où il sera possible de faire un diagnostic précoce du cancer de l'estomac, le jour où les médecins, persuadés de l'innocence d'une laparatomie exploratrice, des bienfaits d'une opération radicale, enverront tôt les malades aux chirurgiens. Limitée aux néoplasmes gastriques, comme le fait très justement remarquer Lejars, il est bien certain que la jéjunostomie ne devrait pas prétendre à un brillant avenir. *C'est ici une opération de nécessité, un pis-aller*, mais encore ne faut-il pas hésiter à la pratiquer dans certains cas, et faut-il bien savoir qu'elle soulage les malades, fait cesser les douleurs, arrête les vomissements, relève l'état général et donne aux malheureux patients une survie, courte en général, mais qui se prolonge parfois plus que l'on n'aurait pu le supposer ou

l'espérer par le seul fait de la mise au repos du néoplasme, et du ralentissement de sa marche.

Malgré Maydl, qui fait de la jéjunostomie l'opération de choix dans tous les cancers de l'estomac, et bien que sa statistique soit excellente, nous ne pouvons admettre ses conclusions et nous pensons avec tous les chirurgiens français qu'elle doit céder le pas à la *gastro-entérostomie qui reste l'opération palliative par excellence du cancer pylorique.*

Il faut savoir cependant que même après une gastro-entérostomie une jéjunostomie peut devenir nécessaire et nous rappellerons que la bouche jéjunale a été pratiquée dans quelques cas à titre *d'opération secondaire.*

Chez une femme de 47 ans, à laquelle deux mois et demi auparavant on avait fait une gastro-entérostomie pour une sténose cancéreuse du pylore, Larkin dut aboucher le jéjunum à la paroi, l'orifice gastro-intestinal s'était oblitéré.

Von Eiselberg et ses assistants, Beunge et Clermont, eurent recours, trois fois, à la jéjunostomie secondaire, après gastro-entérostomie faite pour cancer pylorique, soit à cause de l'envahissement et de l'oblitération de la bouche gastro-jéjunale, soit à cause de la persistance des douleurs et des vomissements.

Et dans son travail paru dans le *Beitrag zur Klinischen chirurgie*, 1904. Maragliano rapporte une observation de jéjunostomie secondaire à une résection du pylore (Billroth n°2).

Notons encore qu'on s'est adressé dans quelques cas à la jéjunostomie secondaire après pylorectomie, ou autres

interventions sur l'estomac ou le duodénum dont les sutures avaient partiellement lâché. La thèse de Scholz contient trois observations de ce genre émanant du service de Von Mikulicz et Lempp dans son mémoire rapporte deux cas analogues.

Enfin, obéissant à une indication semblable Von Cackovic pratiqua la jéjunostomie dans un cas de fistule opératoire du duodénum au cours de l'extirpation d'un volumineux sarcome du rein droit, le duodénum adhérent avait été dénudé sur une grande largeur, la paroi intestinale se sphacéla dans les jours suivants et tous les liquides ingérés s'échappaient par la fistule ; l'opérée était trop faible pour qu'on tentât une intervention directe ou même une gastro-entérostomie suivie de l'occlusion du pylore, Von Cackovic aboucha le jéjunum à la paroi par le procédé de Eiselberg-Wetzel.

Tuffier eut recours à la jéjunostomie secondaire après duodénostomie. Il s'agissait d'une malade opérée pour un néoplasme du cardia, de la petite courbure et s'étendant aux deux faces, chez laquelle par conséquent il ne pouvait faire une gastrostomie. Une duodénostomie fut pratiquée à l'angle de la première et deuxième portion du duodénum (petit orifice, torsion de la muqueuse à la Gersung), mais il se produisit un écoulement de bile et de suc très irritant pour la peau, qui l'obligea à faire une jéjunostomie.

Dans le cancer de l'estomac, la jéjunostomie ne vivant que des contre-indications de la gastrectomie, de la gastro-entérostomie et de la gastrostomie, il est facile d'en donner les indications.

La résection ne s'adresse évidemment qu'au carcinome, au début de son évolution. C'est l'opération idéale, et l'on ne saurait trop répéter qu'elle donne des résultats tout à fait encourageants, mais trop souvent les malades n'arrivent au chirurgien qu'à une période déjà avancée de leur affection, alors que toute opération radicale est impossible, alors que seule une intervention palliative est praticable.

Le cancer pylorique ou prépylorique sténosant avec parois stomacales saines appartient tout entier à la gastro-entérostomie.

Sont justiciables de la jéjunostomie :

1° *Carcinome non sténosant s'accompagnant de douleurs vives et de vomissements fréquents ;*

2° *Carcinome sténosant, si la résection ou la gastro-entérostomie est impossible ;*

• 3° *Carcinome du pylore coexistant avec un carcinome du cardia ;*

4° *Carcinome compliqué de perforation ;*

5° *Carcinome s'accompagnant d'un état général tel qu'il ne permet pas une gastro-entérostomie techniquement possible.*

La jéjunostomie dans le cancer a aussi des contre-indications, peu nombreuses, à la vérité, mais formelles :

1° *Affections intercurrentes (pulmonaires surtout) ;*

2° *Métastases généralisées.*

La lecture des observations ne laisse aucun doute à ce sujet.

Certains chirurgiens, Mikulicz, Krönlein, Monprofit, Lidner rejettent la jéjunostomie dans le cancer de l'estomac.

Krönlein, d'après Schönhalzer, ne l'a jamais exécutée. Son aversion pour une fistule intestinale ne nous paraît pas justifiée. la fistule, si elle est continente, et elle doit l'être, ne présente que des inconvénients minimes. Beaucoup de malades l'acceptent volontiers et sont heureux d'être débarrassés des douleurs et des vomissements qui les torturaient.

Mikulicz, pour la rejeter, s'appuie sur ses dangers chez les cachectiques. Il dit avoir perdu sept malades sur douze. La jéjunostomie n'est point grave par elle-même, mais il ne faut pas oublier qu'elle s'adresse en général à des cancéreux avancés, affaiblis, à résistance nulle, chez qui toute intervention revêt un caractère de haute gravité. La laparotomie exploratrice, dans ce cas, n'est point innocente, et Krönlein accuse une mortalité de 30 p. 100.

La jéjunostomie a de réels avantages. Elle est exécutable dans tous les cas. elle permet de nourrir immédiatement le malade et amène la mise au repos de l'estomac. Il est incontestable qu'elle procure un soulagement notable et rend moins cruelle la fin des malheureux cancéreux arrivés à la période ultime de leur affection.

Nous avons dit quelles étaient ses indications dans le cancer ; son rôle est peu important, sans doute, mais tel qu'il est, il n'est point négligeable. Malgré Maydl, elle doit céder le pas à la gastro-entérostomie, qui ne donne pas de résultats bien supérieurs, mais qui, au moins, procure l'illusion de la guérison, et c'est bien quelque chose.

§ II.—Indications de la jéjunostomie dans l'ulcère de l'estomac.

Bien plus important à notre avis est le rôle de la jéjunostomie dans les affections non néoplasiques de l'estomac. Ses indications sont multiples, elle devient une opération de choix et là où la gastro-entérostomie a échoué, nous la voyons réussir et donner d'excellents résultats.

Le champ de cette opération s'est considérablement agrandi et son rôle de secondaire qu'il était dans les affections néoplasiques passe au tout premier rang dans les affections dites bénignes, mais qu'il vaut mieux appeler non néoplasiques de l'estomac.

« Appliquée au cancer, il était naturel que la jéjunostomie fût aussi appliquée par erreur ou non à certaines formes de l'ulcère gastrique ou duodénal qui ressemblent cliniquement au cancer et créent des indications analogues. Un des premiers cas de jéjunostomie dans l'ulcère se rapporte à un de ces faux cancers dont l'évolution ultérieure devait révéler la nature exacte : il s'agit d'une femme de 60 ans, opérée à la clinique chirurgicale d'Utrecht en juillet 1894 par M. le professeur von Eiselsberg qui en communiquait l'observation au congrès de la société allemande de chirurgie l'année suivante. L'état général était

des plus précaires. On sentait une tumeur dure à la région pylorique et d'autre part une sonde œsophagienne était arrêtée par un obstacle à 37 centimètres des arcades dentaires. Au cours de l'intervention, on reconnut en effet une tumeur du pylore mobile et une tumeur du cardia se prolongeant sur la petite courbure, on conclut à un double cancer et la jéjunostomie fut pratiquée ; dès la troisième semaine, l'opérée pouvait tolérer quelque alimentation buccale. Au bout de onze mois, elle avait repris 20 kilogrammes, et la fistule jéjunale n'était plus conservée que par précaution, le 20 mai 1897 on la fermait définitivement. En 1900, six ans après l'opération, la malade était revenue en pleine santé, toute trace de tumeur avait disparu. Il n'est pourtant point douteux cependant que si le diagnostic de tumeur inflammatoire avait été posé, la sténose pylorique et cardiaque indiquait la jéjunostomie. »

Dans les anciens ulcères se compliquant de cicatrices multiples, avec estomac ratatiné, englobé dans des adhérences, avec périgastrite diffuse, la jéjunostomie est encore l'opération de choix. Von Cackevic, Maydl et Eiselsberg ont publié plusieurs cas de ce genre.

L'estomac en sablier, suite d'ulcère étendu et cicatrisé est encore tributaire de la jéjunostomie, il s'agit bien entendu des cas où la poche supérieure, cardiaque, est petite, la poche inférieure pylorique plus volumineuse, et où l'on trouve autour de l'estomac des adhérences nombreuses. Lempp dans son mémoire relate plusieurs cas de ce genre avec des résultats variables, mais en général satisfaisants.

Dans l'ulcère sténosant et cicatrisé, la question ne

se pose pas, la jéjunostomie s'efface, la gastro-entérostomie reprend ses droits et avec M. Quenu on peut dire que d'une manière générale la gastro-entérostomie demeure jusqu'à nouvel ordre la thérapeutique de choix de l'ulcus froid.

Il n'en est pas de même dans l'**ulcère floride**, et comme le disait M. Quenu à la société de chirurgie en 1904, il faut chercher quelque chose de mieux.

De fait, dans l'ulcère en évolution, la gastro-entérostomie donne des résultats bien inférieurs à ceux qu'elle donne dans l'ulcère sténosant et éteint. Résultats d'ailleurs très variables, et tandis que nous voyons certains chirurgiens prôner à outrance la gastro-entérostomie, nous en voyons d'autres au contraire, se montrer beaucoup plus réservés.

Dans l'ulcère peptique floride, les indications de la jéjunostomie sont plus étendues que dans les ulcères cicatrisés et froids. Depuis plusieurs années, on emploie la jéjunostomie, surtout à l'étranger pour réaliser la mise au repos de l'estomac et de l'ulcère.

La jéjunostomie, dit Eiselberg, a rendu des services excellents dans bien des cas d'ulcères étendus où une gastro-entérostomie n'était pas exécutable pour bien des raisons.

Maydl, Krause, Lempp, ont publié une série d'observations de jéjunostomie pour ulcère peptique, Hahn, Neumann, l'ont recommandée chaleureusement, Keetley en a fait l'éloge à la Société de chirurgie de Londres, et Garré l'a prise sérieusement en considération dans le traitement des ulcères gastriques compliqués.

Si quelquefois la jéjunostomie fut exécutée pour des ulcères florides simples, dans la plupart des cas, c'est aux complications : hémorragies, intolérance absolue de l'estomac, douleur excessive et perforations, qu'elle s'est adressée. Comme il est facile de s'en rendre compte en compulsant les observations publiées à ce sujet, l'influence de l'alimentation au moyen de la bouche jéjunale appliquée aux cas qui brave toute thérapeutique médicale, est très notable. Peu de temps après la jéjunostomie, les douleurs disparaissent, les hémorragies graves peuvent s'arrêter, les vomissements ne se renouvellent plus, l'hyperacidité diminue, l'anémie rétrocede et l'état général s'améliore.

Voyons en détails les indications de la jéjunostomie dans chaque variété d'ulcère floride.

1° Ulcère avec hémorragie aiguë. — « L'hémorragie (aiguë) ne nous paraît point appelée à fournir au chirurgien de favorables indications. La gravité de l'état général, le siège souvent peu accessible de l'ulcération hémorragique, la temporisation d'autant plus naturelle que le traitement médical arrive ici souvent à de bons résultats, voilà les conditions qui nous semblent s'opposer aux progrès de cette intervention. Il y a eu quelques succès opératoires, mais ils demeurent rares et concernent des lésions peu étendues, bien accessibles et des interventions précoces. » De fait, l'opinion qui paraît prévaloir tant en France qu'à l'étranger est l'abstention opératoire. Fleiner, le rapporteur d'Ewald, au XX^e congrès de chirurgie allemande de 1902, conclut que l'intervention chirurgicale n'a pas donné le succès qu'on pouvait espérer et nous

voyons Hartmann se rallier à ce précepte dans la séance du 3 décembre 1902 à la Société de Chirurgie.

La plupart des chirurgiens l'ont suivi dans cette voie, d'autant plus facilement que, comme l'ont bien montré Hayem et Soupault, la mort par l'hémorragie foudroyante dans l'ulcère, est très rare et que la mortalité opératoire est, au contraire, très élevée, 60 p. 100 environ. 66 p. 100 pour Savariand, 64 p. 100 d'après Mayo-Roboen, 37 p. 100 seulement d'après Tuffier.

Cependant, d'autres plus audacieux n'hésitent pas à intervenir, mais tandis qu'un petit nombre restent fidèles à la gastro-entérostomie, la plupart la rejettent comme inefficace et s'adressent plus volontiers à la gastrotomie ou à la gastrectomie.

Savariaud, qui dans sa thèse a étudié avec beaucoup de soins cette question, conclut que :

1^o Dans les hémorragies aiguës, en raison de l'incertitude du pronostic, de la gravité de l'opération et de la faiblesse des malades, l'indication opératoire est discutable.

Cette indication sera fournie par l'abondance des hémorragies et surtout par leur reproduction, malgré la diète absolue.

L'âge avancé, l'état général mauvais, l'anémie excessive sont des contre-indications à l'opération.

2^o Dans toute hémorragie aiguë, l'indication est de faire l'hémostase en s'adressant, soit à l'ulcère, soit au vaisseau lésé. Si la lésion n'est pas appréciable à la surface extérieure de l'estomac, il faut sans tarder faire une gastrostomie large et inspecter minutieusement toutes les régions de

la muqueuse à l'aide de valvès et à l'aide du retournement.

Tuffier et Jeanne, dans leur travail sur les gastrorragies, paru dans la *Revue de chirurgie*, préconise la gastrostomie et la considère comme l'opération de choix. Tout en reconnaissant que la gastro-entérostomie est manifestement inférieure aux procédés qui s'attaquent franchement et directement à l'ulcère saignant, ils la croient indiquée :

1° *Lorsque l'ulcère, malgré toutes les recherches, est resté introuvable ;*

2° *Lorsque l'ulcère qui saigne, cause en même temps un rétrécissement pylorique inextirpable ;*

3° *Lorsqu'il existe plusieurs ulcères.*

Wallas, de Lyon, rejette et la gastrostomie et la gastrectomie partielle que préconise Jonnesco et rejette également la gastro-entérostomie qui ne peut agir sur les hématomèses.

Par une gastrostomie, en effet, il est facile d'inoculer le péritoine, mais difficile de faire l'hémostase, car il n'est point toujours possible de découvrir l'ulcère lorsqu'il est petit ou situé dans la région du cardia et souvent peu commode de jeter un fil sur les vaisseaux qui saignent, leurs parois, étant friables et malades. La gastrectomie est une opération difficile et grave, de par les lésions périulcéreuses, que la faiblesse excessive des malades interdit bien souvent de tenter.

Quant à la gastro-entérostomie elle a à son actif quelques succès, mais ne lui a-t-on pas attribué en maintes occasions le mérite d'une hémostase qui se serait peut-être

effectuée sans elle ? « N'oublions pas, en effet, qu'on a vu l'hémorragie s'arrêter après une simple gastrostomie exploratrice. Ne disons pas que l'hémostase est obtenue par la gastro-entérostomie, mais bien que l'hémostase est obtenue après gastro-entérostomie. »

Mouprofit, qui a une affection profonde pour cette opération, avoue que pour les cas connus, la mortalité dans la gastro-entérostomie pour hématomésés aiguës est considérable. Toutefois, n'ayant fait aucune intervention dans ces conditions, il n'insiste pas, ne voulant rien préjuger de l'avenir de l'anastomose en tant que moyen destiné à combattre le seul écoulement de sang.

Les succès indéniables de la gastro-entérostomie peuvent s'expliquer par la mise au repos de l'ulcère, mais ce repos, bien incomplet d'ailleurs ne peut être obtenu que si la lésion siège au voisinage de la région pylorique.

C'est pour réaliser cette mise au repos d'une façon complète sinon absolue que quelques chirurgiens ont eu recours à la jéjunostomie.

La jéjunostomie a été pratiquée assez rarement dans les cas d'ulcères compliqués d'hématémèses aiguës et il faut bien le dire, elle n'a donné que des résultats médiocres.

Herczel, de Budapest, a rapporté deux cas d'ulcères dans lesquels la jéjunostomie fut exécutée à cause d'hémorragies abondantes, les deux malades ont continué à dépérir par suite du mæléna et des hématémèses.

Henle fit une fois la jéjunostomie pour hémorragie pro-

fuse. La mort survint le troisième jour. A l'autopsie on trouva une thrombose de la veine porte.

Heindenhain, pour hématomèses abondantes, exécuta deux fois la jéjunostomie. Dans le premier cas, les vomissements de sang cessèrent après l'opération.

Dans le second, le résultat opératoire fut encore excellent, les hématomèses s'arrêtèrent, mais trente-cinq jours plus tard la malade recommença, malgré défense, de s'alimenter par la bouche, les hémorragies se renouvelèrent et emportèrent la malade. Cette observation n'a-t-elle pas la valeur d'une expérience et ne montre-t-elle pas d'une façon évidente, l'influence de la mise au repos de l'estomac sur l'arrêt des hémorragies et le rôle provocateur de l'alimentation sur leur reproduction ?

Garré, de Breslau, eut recours une fois à la jéjunostomie, pour hématomèses profuses et n'empêcha pas son malade de mourir.

Il est difficile, vu ce petit nombre d'observations, de tirer des conclusions formelles et de connaître d'une façon exacte la valeur de la jéjunostomie dans les ulcères compliqués d'hémorragies aiguës.

En présence d'une première hématomèse grave, l'abstention opératoire paraît être la meilleure conduite à tenir, mais si l'hémorragie se renouvelle, l'expectation, « même armée », n'est plus de mise, il faut intervenir. L'opération directe est évidemment celle qui satisfait davantage l'esprit, seule elle permet de faire l'hémostase. C'est parfait en théorie, mais en pratique, nous l'avons vu, cette opération, qui s'attaque franchement à l'ulcère saignant,

est trop souvent impossible. Aussi peut-on se demander si, dans l'état actuel, il ne vaut pas mieux recourir d'emblée à une opération moins longue, moins difficile, moins grave par conséquent, capable non de permettre de faire directement l'hémostase, mais capable de la favoriser. La jéjunostomie, à cet égard, nous paraît plus logique que la gastro-entérostomie, elle est facile, vite exécutée et réalise plus complètement le repos de l'estomac et de l'ulcère. Les résultats obtenus seront peut-être meilleurs si l'on a soin, au cours de l'intervention, *de ne pas toucher à l'estomac, si l'on évite des recherches et des manipulations qui nous paraissent inutiles et dangereuses*, et si l'on recourt à l'anesthésie locale de façon à ne pas avoir les vomissements qui se montrent généralement après la narcose générale et qui ne peuvent que favoriser les hémorragies.

2° Ulcère avec hémorragie chronique. — Dans les ulcères gastriques compliqués d'hémorragies chroniques, les avis diffèrent encore étrangement. Pour les uns, la gastro-entérostomie est souveraine, pour les autres, au contraire, il y a lieu de chercher quelque chose de mieux.

Pour les hématomés chroniques, dit M. Monprofit, vite redoutables par leur répétition, il est démontré aujourd'hui que la gastro-entérostomie donne d'excellents résultats. Tous les chirurgiens ne partagent point cet avis et si MM. Doyen et Monprofit n'ont point observé le retour des hémorragies après gastro-entérostomie, d'autres furent moins heureux et nous voyons, le 19 décembre 1900, M. Delbet lire à la Société de Chirurgie une observation dans

laquelle il rapporte une hématomèse foudroyante survenue neuf jours après l'opération.

Le 3 décembre 1902, M. Tuffier, qui en 1899 n'avait jamais observé de saignements postérieurs à la gastro-entérostomie, communique à la Société de chirurgie l'observation d'une femme opérée pour troubles gastriques et hématomèses. Dans les heures qui suivirent l'opération les hématomèses se reproduisirent et la malade succomba dans la nuit.

Nous voyons, le 4 mai 1904, M. Quénu rapporter à la Société de chirurgie une troisième observation où la mort survient par hémorragie post-opératoire au huitième jour. Faisant un rapide exposé des résultats obtenus par le traitement chirurgical dans les cas d'ulcères hémorragiques en activité, il relate trente-deux cas de gastro-entérostomie avec neuf récidives d'hémorragie dont huit morts. A ces cas nous pouvons en ajouter trois autres de Von Eisberg.

M. Herczel, de Budapest, au Congrès international de chirurgie de 1905, nie les bons effets de la gastro-entérostomie; loin de partager l'opinion optimiste de M. Monprofit et des autres rapporteurs, il est forcé de constater que la gastro-entérostomie n'a qu'une efficacité relative en ce qui concerne les hémorragies stomacales. « Je ne crois pas, dit-il, qu'il existe un seul chirurgien pratiquant fréquemment la gastro-entérostomie, qui n'ait perdu au moins un malade par suite d'une hémorragie d'ulcère survenue immédiatement après l'opération.

D'après M. Pinatelle, l'anastomose n'agit sur l'hématomèse que par répercussion, il pense qu'elle ne fait qu'assurer

le repos de l'ulcère causal pendant le temps nécessaire à sa cicatrisation. Aussi n'est-elle pas pour lui l'opération de choix. Il lui préfère l'extirpation. M. Savariaud ne recommande la gastro-entérostomie que lorsque les ulcères siègent au pylore ou dans la première partie du duodénum, elle amène, dit-il, la cessation des hémorragies en détournant le cours des aliments et la mise au repos de ces régions permet la cicatrisation de l'ulcère.

C'est en effet dans ces cas que la gastro-entérostomie donne les meilleurs résultats et avec M. Savariaud et la plupart des chirurgiens nous croyons qu'elle reste l'opération de choix dans les ulcères pyloriques compliqués d'hématémèse chronique.

Pour les ulcères des autres régions de l'estomac, l'excision proposée par un certain nombre d'auteurs n'est pas admise par tous. Tantôt, en effet, il est difficile de se rendre compte du siège de l'ulcération et impossible de savoir si elle est unique ou non, tantôt les adhérences périgastriques, nombreuses et solides, rendent l'opération tellement périlleuse qu'il est prudent de ne point l'entreprendre. C'est surtout pour ces ulcères situés en dehors de la région pylorique qu'il convient de dire avec M. Quénu : « Nous sommes loin des belles espérances du début. Je me défierai surtout des ulcères hémorragiques qui datent de quelques années ne s'accompagnant d'aucune dilatation stomacale. Pour ceux-là peut-être pourrait-on songer à faire plus qu'une gastro-entérostomie. S'il faut se résigner à une nouvelle opération dans les cas d'ulcères saignant en évolution, ne pourrait-on pas, sans recourir à une opération difficile et grave, comme la gastrectomie partielle,

s'adresser à une méthode qui réalise d'une façon plus parfaite que la gastro-entérostomie, la mise au repos de la région ulcérée, on pourrait penser à la jéjunostomie. »

Dès 1894, Hahn s'était demandé si dans les ulcères gastriques qui s'accompagnent d'hémorragies répétées, provoquées par l'apport des aliments, la jéjunostomie ne serait pas à conseiller : Eiselberg, à plusieurs reprises, préconisa la jéjunostomie pour les hématèses à répétition.

Lempp, dans son article, relate cinq cas de jéjunostomie exécutée pour cette complication.

Dans le premier cas, le succès fut éclatant, les hématomèses cessèrent et la guérison complète fut obtenue.

Dans le deuxième cas, tout alla bien jusqu'au vingt-troisième jour après l'opération. Les hématomèses ne se renouvelèrent plus, mais un abcès sous-phrénique se forma et le malade succomba.

Dans le troisième cas, la mort survint rapidement par occlusion intestinale.

Dans les deux derniers cas, la guérison fut obtenue et constatée après deux ans et demi et trois ans et demi.

Kelling, de Dresde, parmi les huit cas de jéjunostomies qu'il signale à l'appui de son procédé, note que sept fois l'opération fut pratiquée pour des cancers, une fois pour un ulcère avec hémorragies.

Parmi les six observations de jéjunostomie que Maydl relate dans son dernier mémoire, les hématomèses sont à plusieurs reprises au nombre des accidents prédominants. Dans deux cas, le succès fut complet; dans un troisième, la mort survint par péritonite.

Stich, dans son mémoire paru dans le *Beitrag zur cli-*

nische chirurgie, en 1904, rapporte un cas de jéjunostomie pratiquée par le docteur Bunge pour hématomèses répétées et abondantes. La gastro-entérostomie fut associée à la jéjunostomie, car l'ulcère paraissait siéger à la région pylorique. Le résultat fut excellent les hématomèses cessèrent avec les douleurs et l'amélioration fut des plus notables.

En résumé, en présence d'hémorragies chroniques, rebelles au traitement médical, l'indication d'opérer est formelle. La gastro-entérostomie reste jusqu'à nouvel ordre l'opération de choix lorsque l'ulcère siège dans la région pylorique. On pourrait avec avantage semble-t-il imiter la conduite de Bunge et exécuter en même temps une jéjunostomie dans les cas où avec des hémorragies existent des vomissements fréquents, dans les cas où l'intolérance de l'estomac est absolue. Pour l'ulcère des autres régions de l'estomac, l'excision sera rarement indiquée et nous lui préférons dans la majorité des cas la jéjunostomie, qui donne des résultats favorables. Les résultats seront d'autant meilleurs que l'on aura encore ici évité la narcose générale, à cause des vomissements qu'elle provoque et dont l'influence désastreuse sur les hémorragies est indéniable, et les manipulations de l'estomac au cours de l'opération.

Ulçère avec perforation. — Les hémorragies chroniques ou aiguës ne sont pas les seules complications de l'ulcère auxquelles s'est adressée la jéjunostomie. La jéjunostomie fut encore appliquée aux perforations de l'estomac survenues au cours de l'évolution d'un ulcère peptique.

Deux fois dans le service de von Eiselberg on eut l'occasion d'intervenir pour des cas de ce genre et Lempp nous rapporte deux observations des plus intéressantes de perforations gastriques traitées par la suture suivie de l'établissement d'une bouche jéjunale.

Dans le premier cas, l'intervention un peu trop tardive, deux jours et demi après les premiers symptômes de la perforation, ne permit pas de sauver le malade, qui mourut dix-huit heures plus tard de péritonite généralisée. Dans le second, au contraire, le résultat fut excellent, la guérison fut obtenue et constatée neuf mois plus tard.

Krause eut également recours à la jéjunostomie dans les perforations gastriques et Maydl eut l'occasion de pratiquer la jéjunostomie pour un ulcère perforé faisant communiquer l'estomac avec l'arrière cavité des épiploons et obtint la guérison.

Les documents sont encore trop peu nombreux pour permettre de fixer définitivement la valeur de la jéjunostomie dans les perforations gastriques.

A priori, elle nous semble préférable à la gastro-entérostomie, car elle assure d'une façon plus complète le repos de l'organe (et plus que jamais l'estomac a besoin de repos) et permet d'alimenter le malade par une voie dérivée aussi longtemps que l'ulcère est en activité.

Ulcère non compliqué d'hématémèse ni de perforations. — La question est encore plus complexe lorsqu'il s'agit d'ulcère non compliqué d'hématémèse ni de perforations. Pour Monprofit, toutes les formes sont justiciables de la gastro-entérostomie. C'est peut-être exa-

géré : les résultats de la gastro-entérostomie bien exécutée de l'avis de la majorité des chirurgiens, donnent des résultats *immédiats* excellents. « Elle est plus bénigne que l'excision de l'ulcère et remet sur pieds en quelques semaines les patientes les plus atteintes. » Les résultats immédiats sont en général bons, excellents même lorsqu'il s'agit d'un ulcère pylorique ou prépylorique, plus discutables lorsque l'ulcère siège sur une des faces ou sur la grande courbure.

La gastro-entérostomie, comme le dit si bien Ricard, ne guérit pas l'ulcère en évolution, elle permet au traitement médical d'être plus efficace, elle supprime la stase, supprime de ce fait un facteur de l'hyperchlordrie et les douleurs tardives. En d'autres termes, la gastro-entérostomie agit encore ici par répercussion, en mettant l'estomac au repos, repos imparfait sans doute, mais repos suffisant si l'on est en présence d'un ulcère pylorique.

Mais si les résultats immédiats sont bons, les résultats éloignés laissent, au contraire, trop souvent à désirer. Malgré la gastro-entérostomie, l'ulcère continue son évolution, les douleurs et les vomissements disparus réapparaissent après un temps parfois très court, l'on voit des hématémèses survenir et parfois l'ulcère se greffer sur la bouche gastro-intestinale. Ces faits ne sont point aussi rares que l'on serait tenté de le croire. Tiegiel rapporte vingt-deux cas d'ulcère peptique du jéjunum consécutif à la gastro-entérostomie et, au XXVI^e Congrès allemand de chirurgie, Braun, Hahn, Körte, Hacher ont signalé des faits analogues. Kronlein, Kocker, Cheissler ont relevé de nombreux insuccès à l'actif de la gastro-entérostomie et à

plusieurs reprises ; après elle, la jéjunostomie secondaire dut être pratiquée, à cause de la persistance des douleurs, des vomissements, ou de l'apparition d'une complication.

M. Quénu en a publié une observation des plus instructives et des plus probantes : Ulcère du pylore, sténose pylorique, gastro-entérostomie antérieure. Dix-huit mois après, quelques vomissements, plus tard les douleurs apparaissent et une tumeur devient appréciable dans la région épigastrique, nouvelle gastro-entérostomie en Y après extirpation de l'ulcère. Pendant six mois les choses vont bien, puis le malade recommence à souffrir, le traitement médical n'amène aucune amélioration. Jéjunostomie : amélioration de l'état général, *disparition des douleurs le jour même de l'opération, augmentation rapide de poids, guérison.*

Bien souvent, l'amélioration après gastro-entérostomie est de *plus courte durée*, et dans un cas de Clermont, c'est *trois semaines après l'opération* que reparurent les douleurs, les hématomèses et le mœléna, qui ne cédèrent pas à une nouvelle gastro-entérostomie, mais qui *cessèrent immédiatement* après une jéjunostomie.

Krause eut recours, après excision de l'ulcère, à la gastro-entérostomie combinée à la jéjunostomie. Krause associe, d'ailleurs, volontiers la jéjunostomie avec la gastro-entérostomie, et dans un cas d'ulcère floride s'accompagnant de vomissements et de douleurs très vives, il eut un beau succès.

Certains auteurs ont proposé dans l'ulcère floride non compliqué d'hématomèses ni de perforation l'*opération radicale*. En réalité, les indications de l'excision de l'ulcère sont très limitées, la mortalité opératoire n'est point très éle-

vée, mais sa prétention d'être radicale est loin d'être justifiée, elle n'est, le plus souvent, qu'illusoire.

Peu de chirurgiens, suivront Jedlicka, qui fait de l'excision l'opération de choix dans les cas simples. Moins nombreux, peut-être, seront encore ceux qui suivront Brunner et Schnitzler dans l'excision de l'ulcère calleux pénétrant.

La jéjunostomie a été exécutée, un certain nombre de fois, pour ulcère floride non compliqué d'hématémèses ni de perforations. Elle a donné des résultats satisfaisants. En permettant de supprimer l'alimentation buccale, elle évite aux surfaces ulcérées, le contact des matières alimentaires, or il est incontestable que l'alimentation a une action des plus néfastes sur l'évolution de l'ulcère et qu'elle est un des facteurs les plus importants de la production des complications : elle provoque en outre la diminution de la sécrétion du suc gastrique et la disparition de son hyperacidité. L'estomac ulcéré a besoin d'un repos absolu pour se cicatriser et rien ne peut aussi complètement le lui donner que la jéjunostomie.

Il semble qu'elle soit surtout indiquée dans les cas où *l'intolérance gastrique est absolue* et persiste malgré le traitement médical le mieux appliqué et dans ceux où *les douleurs sont vives et réveillées par l'alimentation*.

En somme, dans les différentes formes d'ulcères que nous venons d'étudier, le rôle de la jéjunostomie est important, et ses indications nombreuses.

La jéjunostomie est indiquée :

1° *Lorsqu'il existe un ulcère sténosant du pylore et du cardia ;*

2° Dans les hémorragies aiguës qui se répètent ;

3° Dans les hémorragies chroniques, rebelles au traitement médical, lorsque l'ulcère siège en dehors de la région pylorique et que l'excision n'est pas particulièrement indiquée ;

4° Dans les formes d'ulcères où l'intolérance est absolue, les douleurs très vives et provoquées par l'alimentation ;

5° Dans les ulcères avec estomac en sablier dont la poche supérieure est petite, haut située et hors d'atteinte ;

6° Dans les ulcères multiples avec rétrécissement de l'estomac et périgastrite étendue accompagnée d'irritation très vive ;

7° Dans les ulcères perforés ;

8° Dans tous les cas où le procédé radical ou la gastro-entérostomie indiquée par l'état local, n'est point possible à cause de l'état de faiblesse extrême du malade.

La jéjunostomie en combinaison avec la gastro-entérostomie nous paraît indiquée :

1° Dans les ulcères sténosants du pylore s'accompagnant d'un état d'irritation de très haut degré de l'estomac ;

2° Dans les cas où un ulcère sténosant du pylore coexiste avec plusieurs ulcères des autres parties de l'estomac.

§ III. — Indications de la jéjunostomie dans les brûlures de l'estomac et de l'œsophage.

Si les indications de la jéjunostomie dans l'ulcère telles que nous les avons données, sont discutables et peu admises en France où les sympathies vont droit à la gastro-entérostomie, opération plus élégante sans doute et qui satisfait davantage l'esprit, il n'en est point de même lorsqu'on se trouve en présence de brûlures de l'estomac par caustique. Ici sans aucun doute, c'est à la jéjunostomie qu'il faut s'adresser, elle seule réalise le repos nécessaire de l'estomac, elle seule permet d'alimenter le malade d'une façon suffisante, elle seule peut* le mettre à l'abri, dans une certaine mesure des complications qui le menacent et favoriser la guérison de la gastrite phlegmoneuse.

Plus tard, lorsque les accidents de la première période se sont calmés, lorsque les rétrécissements multiples se constituent, la jéjunostomie permet d'alimenter le malade jusqu'à complète guérison jusqu'au moment où il sera possible de faire plus, de faire mieux. De fait, dans les brûlures de l'estomac, la jéjunostomie est une opération d'urgence, une opération prémonitoire, elle devra être remplacée plus tard par une gastro-entérostomie, par une

pylorectomie, précédées ou non de dilatation œsophagienne.

A une période plus avancée, lorsque la cicatrisation est faite, lorsque les rétrécissements sont constitués, la jéjunostomie peut encore devenir nécessaire, non point bien entendu dans les cas où le pylore seul est intéressé ; ils sont justiciables de la gastro-entérostomie. Mais il est rare que la sténose pylorique soit isolée, elle s'accompagne presque toujours d'une sténose de l'œsophage ou du cardia et souvent l'estomac tout entier participe au rétrécissement, il est couturé de cicatrices, déformé, sclérosé-adhérent. La jéjunostomie devient alors nécessaire.

Hahn, le premier, appliqua, en 1891 et 1893, la jéjunostomie aux brûlures de l'œsophage et de l'estomac. Dans le premier cas, la guérison fut complète, dans le second, la mort survint par péritonite neuf jours après l'intervention.

Depuis, à plusieurs reprises, la jéjunostomie fut exécutée pour des faits analogues.

Karewski, en 1896, dans un cas de brûlure de l'œsophage et de l'estomac par chlorure de zinc, eut recours à la jéjunostomie, sans succès, d'ailleurs ; une perforation gastrique se produisit et la malade mourut de péritonite.

Albert, de Vienne, la même année, exécuta, dans les mêmes conditions, la jéjunostomie. Il s'agissait d'un empoisonnement par la potasse caustique. L'opération fut très tardive et ne put sauver la malade, qui succomba quelques heures après l'intervention.

Von Eiselsberg, en 1898, publia un beau succès, il s'agissait d'une tentative de suicide avec de l'acide azotique, une jéjunostomie fut exécutée. Plus tard, une gastro-en-

térostomie et la dilatation progressive de l'œsophage permirent d'obtenir une guérison complète.

Maydl n'eut jamais l'occasion d'intervenir lui-même pour des faits de ce genre, mais ses assistants appliquèrent à deux reprises la jéjunostomie à des brûlures de l'œsophage et de l'estomac avec une guérison et un insuccès.

Heuck, en 1902, obtint un excellent résultat, il s'agissait encore d'une tentative de suicide. La jéjunostomie, combinée à la gastro-entérostomie, lui permit d'obtenir un succès complet.

Dans le service de von Eiselberg, la jéjunostomie fut pratiquée quatre fois pour brûlures de l'œsophage et de l'estomac consécutives à l'absorption de potasse, d'acide sulfurique, d'acide azotique et d'acide chlorhydrique, avec deux guérisons et deux morts.

Nous avons pu recueillir quatorze observations de jéjunostomie appliquée aux brûlures de l'estomac, huit fois la guérison fut obtenue. Si l'on tient compte de la haute gravité de l'affection, si l'on tient compte, en outre, de ce fait que dans bien des cas l'opération fut exécutée très tardivement sur des malades très affaiblies ou mourantes, on conviendra que les résultats obtenus sont des plus encourageants. Ces résultats seront d'autant meilleurs que l'intervention sera plus précoce. Comme le fait remarquer Maydl, c'est une grave erreur que de recevoir dans les services de médecine ces malades atteints de brûlures de l'œsophage et de l'estomac sous l'étiquette d'empoisonnement. La médecine ne peut rien, la chirurgie seule peut les sauver, et c'est au chirurgien qu'il appartient de décider du moment de l'intervention.

Sans aucun doute, la jéjunostomie est l'opération de choix dans les brûlures de l'œsophage et de l'estomac.

Heuck fit en seul temps la gastro-entérostomie et la jéjunostomie. Il est incontestable que cette opération n'est pas toujours applicable, s'il existe des ulcérations nombreuses, si la gastrite phlegmoneuse est encore en évolution, il est de toute évidence que les sutures de la gastro-entérostomie ne tiendront pas. En outre, cette double opération est un peu longue et ne peut convenir aux malades trop affaiblis.

Rutkowsky a préconisé, dans les brûlures de l'estomac, la gastro-entérostomie associée à la gastrostomie. Cette double opération ne peut être indiquée que dans les brûlures éteintes, lorsque les accidents aigus se sont calmés et qu'une sténose du pylore et du cardia est déjà constituée, et encore est-elle discutable pour bien des raisons. Dans les autres cas, elle nous paraît illogique et dangereuse. Illogique, parce que si elle assure le drainage de l'estomac, elle ne met pas cet organe au repos, parce qu'elle a la prétention de lui demander un travail de digestion qu'il est incapable de fournir, parce qu'enfin elle ne permet pas d'alimenter le malade.

Dangereuse, parce qu'il est impossible de faire de bonnes sutures, des sutures qui tiennent sur un estomac aussi profondément atteint.

Maydl s'est demandé si l'on ne pourrait pas éviter les rétrécissements consécutifs de l'œsophage et du pylore par la mise à demeure d'une sonde œsophagienne et d'une sonde pylorique après gastrostomie, il s'est demandé encore si, par la mise en place dans l'estomac d'un ballon

en caoutchouc, on ne parviendrait pas à éviter les rétrécissements de cet organe. Ces procédés, un peu bizarres, n'ont jamais été employés, fort heureusement, il nous paraissent dangereux au plus haut chef et propres surtout à favoriser les perforations.

On a parfois associé à la jéjunostomie la gastrostomie, dans le but d'assurer le drainage de l'estomac, c'est là, croyons-nous, une pratique des plus recommandables et que l'on pourra suivre avec avantages.

M. Letorey, dans sa thèse, a proposé la pylorostomie dans les brûlures de l'estomac et de l'œsophage.

Pratiquée sans beaucoup de succès par Billroth, Delac et Leriche et Routier, cette opération, qui possède à son actif une mortalité de 100 pour 100, nous paraît devoir retomber dans l'oubli le plus profond. Nous ne saisissons pas très bien les avantages que reconnaît M. Letorey à la fixation et à la fistulisation d'un pylore ou d'une région prépylorique malade.

Dans les brûlures de l'œsophage et de l'estomac, la jéjunostomie est *une opération d'urgence*. Elle n'a pas la prétention de mettre les malades à l'abri des accidents futurs, d'éviter la production des retrécissements, non, mais en permettant la mise au repos de l'estomac, en permettant l'alimentation du malade par une voie dérivée, elle a la prétention de parer aux accidents aigus du début, et d'empêcher dans une certaine mesure l'apparition des complications. Plus tard, il deviendra nécessaire de faire plus et la gastro-entérostomie complémentaire précédée ou suivie de la dilatation de l'œsophage permettra d'obtenir la guérison définitive.

§ 4. — Indications de la jéjunostomie dans les imperforations de l'œsophage.

Le 6 juillet 1904, à la Société de Chirurgie, M. Demoulin fit un rapport sur une observation de Villemain, intitulée : « Imperforation de l'œsophage chez un enfant nouveau-né, gastrostomie le troisième jour après la naissance, mort à la fin du septième. »

La gastrostomie fut pratiquée pour parer aux signes d'inanition que présentait le petit sujet. « L'enfant rendait par régurgitation tout le lait qu'il prenait avidement ». L'opération faite sous anesthésie fut bien supportée et à sa suite, on put constater un double phénomène : d'abord une émission continue de gaz par l'ouverture stomacale, ensuite, après chaque tentative d'alimentation, une expulsion par la bouche, de lait spumeux mélangé d'air. L'enfant mourut quatre jours après l'opération et à l'autopsie on constata que le bout supérieur de l'œsophage se terminait en ampoule et que le bout inférieur s'abouchait dans la trachée.

Il est indiscutable, comme le dit M. Demoulin, que dans l'imperforation de l'œsophage, la gastrostomie qui paraît rationnelle et qui est exécutable, ne sert à rien dans les cas tout au moins où il y a communication du bout infé-

rieur avec les voies aériennes, c'est-à-dire dans l'immense majorité des faits, puisque cette communication est pour ainsi dire la règle.

Que faire alors ?

Certains auteurs ont conseillé d'essayer de traverser le point imperforé avec une sonde : conduite aveugle et dangereuse, car les deux bouts de l'œsophage ne sont pas dans la même axe et sont le plus souvent séparés par un intervalle de un ou plusieurs centimètres. On ne peut point songer, chez le nouveau-né, à aborder l'œsophage par le médiastin postérieur. Aussi Demoulin s'est-il demandé s'il n'y aurait pas lieu de pratiquer dans les cas d'imperforation de l'œsophage non une gastrostomie mais une jéjunostomie.

Malgré Broca, qui propose d'abandonner cette malformation à elle-même, (la mort étant pour ces sujets, la meilleure des solutions), en présence d'un enfant qui se meurt d'inanition, peut-être serait-il permis de tenter la jéjunostomie sans se faire trop d'illusion sur les suites opératoires.

La colostomie iliaque a permis de sauver d'une mort certaine des enfants nouveau-nés atteints de malformation ano-rectale (absence congénitale du rectum). Une bouche jéjunale peut, je crois, facilement soutenir la comparaison avec un anus contre nature, et j'avoue qu'il me serait moins pénible de mettre en circulation dans le monde un enfant atteint depuis sa naissance d'une fistule jéjunale, qu'un enfant atteint dès ses premiers jours, de cette triste infirmité qu'est l'anus contre nature

§ 5. — Indications de la jéjunostomie dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

Tout dernièrement MM. Brunon et Jeanne, de Rouen, ont pratiqué la jéjunostomie pour des vomissements incoercibles de la grossesse. Après une véritable résurrection de six semaines, les vomissements reparurent sitôt que la sonde fut enlevée et l'alimentation buccale reprise et la malade succomba malgré l'avortement provoqué. Peut-être la guérison eut-elle été définitive si la sonde avait été laissée à demeure un temps suffisant. Certains trouvant plus simple l'avortement provoqué et faisant ressortir l'inutilité d'une intervention présentant en somme, quelques dangers, jugeront peut-être sévèrement leur conduite.

Les critiques amères de M. Martin nous paraissent cependant exagérées d'autant plus que les vomissements et les douleurs existaient bien avant le début de la grossesse qui n'avait fait que les accentuer et que, par conséquent, il était difficile de leur appliquer la théorie de l'auto-intoxication.

La jéjunostomie avait donné, en somme, un résultat satisfaisant qui aurait, peut-être, pu être définitif si M. Brunon et Jeanne avaient montré plus de prudence.

Nous ne voulons tirer aucune conclusion de cette observation unique, et ne faisons que signaler cette tentative.

§ 6. — Indications de la jéjunostomie dans les affections du duodénum.

Malgré Maydl, qui propose la jéjunostomie dans les ulcères du duodénum ; malgré M. Baudouin qui croit à l'utilité de la bouche jéjunale dans les hémorragies duodénales (*Gazette médicale de Paris*, 1904), nous pensons que la gastro-entérostomie même, sans blocage du pylore, assure suffisamment le repos du duodénum et qu'elle doit être regardée comme l'opération de choix dans l'ulcère duodénal, qu'il n'y a aucun avantage selon nous, à la remplacer par la jéjunostomie, hormis les cas où il existe en même temps un ou plusieurs ulcères gastriques.

Nous n'avons relevé qu'un seul cas de jéjunostomie pour ulcère duodénal avec hémorragies profuses. La mort survint dix semaines après l'intervention ; les hémorragies qui avaient d'abord disparu, se renouvelèrent et emportèrent le malade.

CHAPITRE III

Jéjunostomie et duodénostomie.

Comme la jéjunostomie, la duodénostomie réalise le repos de l'estomac et permet l'alimentation du malade par une voie dérivée.

C'est Braune qui exécuta la première duodénostomie, mais craignant l'ouverture du péritoine, il suivit la voie lombaire qui ne tarda pas à tomber dans l'oubli et Langenbüch, en 1879, prit la voie transpéritonéale suivie en 1884 et 1887 par Southam et Jesset.

Depuis, la duodénostomie a été pratiquée un certain nombre de fois, mais il faut bien le dire, malgré les efforts de M. Hartmann, elle a été abandonnée par la plupart des chirurgiens. M. Hartmann seul, peut-être, lui reste fidèle. Au premier abord, la duodénostomie paraît avoir un certain nombre d'avantages sur la jéjunostomie. Elle ne supprime pas, en effet, la digestion duodénale, elle permet aux réflexes duodéno-pancréatique et duodéno-hépatique de se produire et il semble que la sécrétion biliaire et pancréatique soit plus active : de plus elle a la prétention d'éviter la déperdition des sucs de l'intestin.

Ces avantages sont plus théoriques que réels : il est

certain qu'après jéjunostomie, la digestion se fait d'une façon normale et complète comme le prouve l'état des fèces et l'augmentation de poids des opérés. C'est qu'en effet, lorsque la continence est parfaite, et elle doit l'être, il n'y a déperdition ni du suc pancréatique, ni de la bile et dès lors, l'action de ces liquides n'est point perdue et continue à s'exercer.

A côté d'avantages hypothétiques, la duodénostomie possède des inconvénients sérieux : la bouche duodénale sera souvent trop proche de la lésion gastrique et trop exposée par conséquent à l'envahissement secondaire, dans bien des cas il sera même impossible d'amener le duodénum à la paroi et de le fixer, à cause des adhérences nombreuses qui l'immobiliseront en même temps que le pylore. A la duodénostomie, en outre, n'est applicable que le procédé de la bouche latérale simple qui n'assure pas la continence d'une façon constante et ne met pas à l'abri du reflux de la bile (témoin le cas dans lequel Tuffier fut obligé de recourir à la jéjunostomie secondaire). Enfin, il est difficile de soutenir que l'opération soit aussi simple aussi certaine dans ses résultats que la jéjunostomie.

CHAPITRE IV

Procédés opératoires.

Depuis la première intervention de jéjunostomie, faite par Surmay en 1878, nombreux sont les procédés opératoires qui successivement ont vu le jour. Tandis que les indications s'étendaient, se précisaient, la technique opératoire se modifiait et se perfectionnait.

Nous pouvons diviser les différents procédés en deux grands groupes.

D'une part les jéjunostomies latérales.

D'autre part les jéjunostomies terminales ou en Y.

Le procédé primitif, le procédé type de chacun de ces deux groupes, a reçu de nombreuses modifications, si bien que l'on peut établir des procédés la classification suivante :

1° Jéjunostomie latérale	simple	en 1 temps	Variantes de	Surmay
		en 2 temps		Greig Smith
	Avec canalisation	avec fixation à la paroi abdominale	Eiselberg-Witzel	Jeset
		sans fixation à la paroi abdominale		Montaz
		avec refoulement d'un entonnoir à la Fontan	Kader, Jeannel, Walther Chevrier	Terrier
2° Jéjunostomie terminale ou en Y.	Procédé de Maydl	avec entéroanastomose	Albert Robson	Guinard
				Kelling Souligoux Quénu

C'est en somme un peu modifiée, élargie et complétée la classification de M. Bosquet. Elle se rapproche beaucoup de celle de M. Jeannel. Chevrier, se plaçant au point de vue fonctionnel, range les types opératoires :

En :

- 1° Procédés créant une bouche intestinale simple ;
- 2° Procédés qui assurent la continence de la bouche ;
- 3° Procédés qui tournent l'obstacle créé à la circulation normale de l'intestin ;
- 4° Procédés donnant une fistule continente et évitant de créer des obstacles au cours normal du contenu intestinal.

Nous ne croyons pas devoir adopter cette classification *trop physiologique*, trop artificielle, pas assez *technique* et qui nous paraît avoir été créée par Chevrier, surtout dans le but de montrer les avantages de son procédé.

JÉJUNOSTOMIE LATÉRALE SIMPLE

Procédé de Surmay. — La jéjunostomie *latérale simple* est la première en date, *c'est le procédé de Surmay*, repris et bien réglé dans ses différents temps par M. le professeur Terrier, c'est à elle que vont encore les préférences de quelques chirurgiens français.

Voici l'opération telle que la décrivait Surmay : « L'opérateur se place à droite ou à gauche du patient. A 1 centimètre en dedans de l'extrémité antérieure de la quatrième fausse côte gauche en comptant de bas en haut, il fait une incision verticale de 5 à 6 centimètres, de manière que le milieu de cette incision corresponde à l'extrémité antérieure de la quatrième fausse côte. Après avoir incisé la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané et le fascia superficialis, il rencontre une couche musculaire : le muscle grand oblique, il incise et rencontre alors l'aponévrose du petit oblique. Cette aponévrose est incisée et une seconde couche musculaire appartenant au transverse est mise à découvert. Cette couche est incisée et l'opérateur arrive ainsi sur le feuillet fibreux qui double le péritoine.

Le péritoine est ouvert avec les précautions connues et le plus souvent, on trouve au devant de lui le grand épiploon, on l'amène et on l'étend au dehors autant qu'on le juge nécessaire. La masse intestinale étant ainsi mise à nu on reconnaît facilement le colon transverse qui est à l'extrémité supérieure de l'incision et qui se distingue très

bien par sa direction, par sa couleur plus blanche que celle de l'intestin grêle et s'il le faut par ses bandes et ses étranglements, enfin par ses rapports avec le grand épiploon.

Immédiatement au-dessous sont les anses de l'intestin grêle qui y sont accolées. Entre ces anses et le côlon transverse on enfonce perpendiculairement l'indicateur et on le pousse jusqu'à ce que l'on rencontre la colonne vertébrale, on sent alors l'extrémité gauche du pancréas et immédiatement à gauche de cette extrémité et comme y faisant suite, un intestin dont la direction est transversale. On accroche cet intestin avec l'indicateur recourbé et on l'attire à soi. Si l'on sent que cet intestin se laisse attirer par l'un de ses bouts mais reste solidement attaché par l'autre, c'est le jéjunum à sa naissance si au contraire, il se laisse également attirer par ses deux bouts, c'est une partie plus éloignée et il faut l'abandonner pour faire une nouvelle recherche. Le plus souvent on tombe du premier coup sur la portion cherchée.

Une fois saisie, on l'amène entre les lèvres de la plaie et l'intestin est alors fixé à l'angle inférieur de la plaie par une anse de fil de soie qui traverse d'abord de dehors en dedans une des lèvres dans toute son épaisseur, puis l'intestin lui-même, puis l'autre lèvre de dedans en dehors et enfin arrêté par un double nœud. Par deux ou trois points de suture comprenant le péritoine, on rapproche les lèvres de la plaie à son angle supérieur de manière à ne laisser béante qu'une ouverture de 3 centimètre et demi environ, dans laquelle l'intestin est maintenu au moyen d'une pince à pansement. On fixe alors l'intestin aux lèvres de la plaie par trois points de suture de chaque côté. Les anses de fil

sont parallèles et non perpendiculaires aux bords de la plaie afin d'accoler mieux les surfaces péritonéales de l'intestin et de la paroi abdominale.

Cela fait, on ouvre l'intestin par une incision de 2 centimètres à peu près et on introduit alors dans le bout inférieur une sonde en caoutchouc rouge n° 27.

Il faut, dès lors, maintenir l'ouverture béante, mais tout juste dans des proportions suffisantes au but qu'on se propose et s'assurer de la conservation des liquides biliaire et pancréatique. »

A ce procédé primitif, initial, de jéjunostomie latérale simple, des modifications nombreuses, mais peu importantes en somme furent apportées.

Ces modifications concernent :

1° *L'incision de la paroi abdominale qui, de latérale et longitudinale devient oblique, transversale ou médiane, sus ou sous-ombilicale ;*

2° *Le moyen de rechercher l'anse jéjunale ;*

3° *Le mode de fixation de l'intestin à la paroi.*

De là une foule de variantes qui, certainement ne méritent pas le nom de procédé.

Robertson. qui fit la deuxième jéjunostomie employa un procédé analogue à celui de Surmay.

Incision sur la ligne médiane sous-ombilicale, longue de 5 centimètres.

Dévidement de l'intestin jusqu'à ce que le jéjunum fût trouvé.

Fixation de l'anse intestinale transversalement par huit sutures ménageant un espace de $3/4$ de pouce carré où une ouverture secondaire devait être faite.

Par l'incision, la recherche du jéjunum et la fixation de l'intestin, le procédé de Robertson diffère de celui de Surmay. Mais le principe est le même Robertson comme Surmay fit une jéjunostomie latérale simple.

Pearce Gould se servit d'une incision médiane sus-ombilicale, rechercha le jéjunum à la manière de Surmay et le fixa par une double rangée de sutures. Deux jours après ouverture secondaire.

Golding Bird eut recours à une incision oblique sus-ombilicale de 12 centimètres. Il avait l'intention de faire une pyloréctomie qui fut jugée impossible.

Le colon transverse et le grand épiploon soulevé, le jéjunum fut attiré et fixé par sa partie convexe par une couronne de sutures dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Pendant quatre jours la malade fut nourrie par le rectum. Ouverture secondaire le quatrième jour.

En 1887, Maydl publia son premier procédé. Incision transversale dans l'hypochondre gauche. Recherche méthodique du jéjunum en relevant le grand épiploon et colon transversal et abaissant les anses grêles.

Greig Smith proposa une autre méthode qui fut exécutée par Mayo Robson.

Incision médiane.

Recherche du jéjunum.

Le jéjunum fut attiré et sur sa face convexe on plaça un fil d'argent. Puis, à la soie on fit une suture en bourse circonscrivant une surface d'un pouce de diamètre. Cette suture en bourse fut exécutée de façon à former cinq anses qui furent saisies par une aiguille à crochet et ame-

nées au travers de la paroi abdominale ; on plaça ensuite dans ces anses une sonde et en tirant sur les extrémités du fil de soie on serra les anses sur la sonde ; l'intestin fut encore fixé par quelques points complémentaires à la peau.

Le septième jour, l'intestin fut ouvert avec un tenotome au niveau du point où le fil d'argent traversait la paroi.

Jesset appliqua les plaques de Senn à la jéjunostomie : incision médiane sus-ombilicale. Recherche du jéjunum suivant la méthode de Maydl. Le jéjunum attiré dans la plaie, on plaça au travers de la séro-musculaire deux crins de Florence parallèlement à l'axe de l'intestin et distants d'environ deux centimètres.

Aux points d'émergence de ces deux fils, deux autres furent placés perpendiculairement à l'axe de l'intestin. Les huit bouts traversèrent la paroi abdominale deux par deux et sur la plaie fut appliquée une plaque d'os décalcifié présentant un orifice central et huit trous périphériques. Dans les trous périphériques furent passés les fils, puis liés et par l'orifice central fut attiré le jéjunum et fixé transversalement par une épingle.

Le troisième jour, ouverture de l'intestin.

Le dixième jour, les sutures et la plaque furent enlevées.

Montaz fit une incision médiane sus-ombilicale, reclina le côlon transverse et le grand épiploon, refoula les anses grêles et le jéjunum trouvé fut suturé à la paroi d'après le procédé de Terrier pour la gastrostomie.

La chirurgie gastro-intestinale était encore dans l'enfance et les premiers pas de la jéjunostomie, mal assurés, montrent les incertitudes et les tâtonnements du début.

Peu à peu les chirurgiens, se familiarisant avec la chirurgie abdominale, la technique s'améliora, mais il appartenait à M. le professeur **Terrier** de régler dans ses moindres détails la jéjunostomie latérale, l'opération de Surmay :

1° Laparotomie, le plus souvent médiane et sus-ombilicale, exceptionnellement latérale gauche ou transversale ;

2° Constatation des lésions et de la nécessité de ne pouvoir faire que la jéjunostomie ;

3° Recherche de l'anse jéjunale la plus rapprochée du duodénum. Le procédé, utilisé dans la gastro-entérostomie, est le plus simple ;

4° A 10 ou 15 et même 20 centimètres de l'origine du jéjunum, fixer l'anse intestinale à la paroi abdominale à l'aide de points de sutures unissant la paroi convexe de l'anse jéjunale choisie avec les bords séreux de la plaie abdominale. Ce mode de suture, ou plutôt de fixation, a quelque peu varié ; le meilleur procédé nous paraît être celui qui, disposant l'anse jéjunale en travers de la plaie du ventre, unit la musculo-séreuse intestinale avec la fibro-séreuse de la paroi par une couronne de sutures ;

5° L'opération se fait en un ou deux temps, selon l'état du malade ;

6° Quand on opère en deux temps, il est bon de repérer la portion de l'intestin qui doit être ouverte par un ou deux fils pénétrant en anse dans la séro-musculaire du jéjunum ;

7° L'ouverture de l'intestin doit être faite, de préférence,

au thermo-cautère, mais il est très important qu'elle soit petite ;

8° L'alimentation doit être faite d'abord avec des aliments liquides et très surveillée.

En 1902, M. le professeur Terrier apporta une légère modification à ce procédé-type de jéjunostomie latérale.

« Je désire appeler un instant votre attention, dit le professeur Terrier à la Société de chirurgie, le 15 janvier 1902, sur une modification que j'ai apportée à la jéjunostomie dans le cas suivant. Cette modification est d'ailleurs fort simple. Lorsqu'on a fait l'incision médiane entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, quand, le péritoine ouvert, on est allé chercher l'anse jéjunale faisant suite à la quatrième portion du duodénum, au lieu de disposer cette anse perpendiculairement à la plaie abdominale, c'est-à-dire en travers, on la fixe longitudinalement, parallèlement, par conséquent, à la section ventrale. Les anses de fil placées et fixant le jéjunum, on diffère de vingt-quatre ou quarante-huit heures la fistulisation de l'intestin de façon à avoir de solides adhérences. Quant à l'ouverture, elle est faite en haut de l'anse fixée, c'est-à-dire vers le bord stomacal et elle doit être toujours très petite. »

En 1905 parut, dans la *Revue de Chirurgie*, un travail intitulé : « Nouveau procédé commun à la gastrostomie et à la jéjunostomie », par **José Arce**.

Ce nouveau procédé nous paraît absolument analogue à celui déjà décrit par M. le professeur Terrier en 1898 et que nous avons rapporté tout au long.

Voici, d'ailleurs, ce *nouveau procédé* de M. Arce, il sera facile de le rapprocher du précédent :

1^{er} temps. — Laparotomie qui, dans un des cas, fut latérale et oblique, parallèle au rebord costal (incision classique de la gastrostomie) ?? et dans l'autre médiane sus-ombilicale :

2^e temps. — Recherche de l'anse jéjunale, ce temps est très simple et, en cas d'erreur dans le choix, il est très facile d'y remédier en allant chercher l'anse contre la colonne vertébrale, du côté gauche, en suivant la face inférieure du mésocôlon

3^e Fixation de l'anse transversalement à la plaie, le bord cœcal à la droite du malade et le bord duodénal à la gauche, comme dans la gastro-entérostomie ;

4^e Fixation de la tunique séro-musculaire de l'intestin au péritoine pariétal seulement au moyen de quatre ou six points en U, avec de la soie fine, laissant à vue une surface de la paroi jéjunale d'un centimètre carré au plus ;

5^e Suture continue du reste du péritoine pariétal et des plans musculo-aponévrotique et cutané, laissant seulement l'espace suffisant pour voir la partie de la paroi intestinale fixée et pour introduire plus tard une sonde Nélaton qui ne sera pas supérieure au numéro 18 ;

6^e Séance tenante ou vingt-quatre heures après, ouverture de l'intestin et introduction de la sonde qui doit être retirée après l'alimentation du patient. Pour cette dernière opération, il faut introduire la sonde de gauche à droite, environ de 8 à 10 centimètres, ce qui contribue à empêcher le reflux du liquide alimentaire. La sonde se retire très lentement et si l'on a soin de ne pas injecter plus de 200 à 300 centimètres cubes à chaque repas, on obtient le résultat cherché.

Tel est *ce nouveau procédé* qui nous paraît identique en tous points au procédé de Surmay, réglé par M. le professeur Terrier.

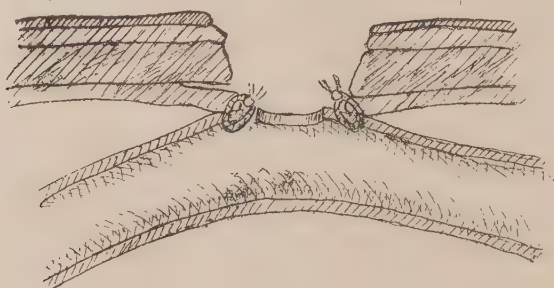


Fig. 1. — Jéjunostomie latérale simple.

2° JÉJUNOSTOMIE TERMINALE.

La jéjunostomie latérale simple telle que l'avait imaginée Surmay, est d'une simplicité opératoire très grande, elle peut être exécutée rapidement, sans chloroforme et ne présente aucune gravité. Mais comme le fait nettement ressortir Schwartz, dans son rapport à la Société de Chirurgie, les chirurgiens qui l'ont pratiquée ont été frappés des difficultés de l'alimentation par la bouche jéjunale, du reflux facile des aliments et de l'écoulement abondant de bile.

C'est pour obvier à ces inconvénients, c'est pour obtenir une fistule continente que Maydl qui, tout d'abord en 1887, avait pratiqué la jéjunostomie latérale simple, créa un nouveau procédé, **procédé en Y**, qui porte aujourd'hui son nom.

Procédé de Maydl.

1° Incision médiane sus-ombilicale.

2° Recherche du jéjunum à la manière ordinaire.

3° A 20 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, on isole entre deux ligatures à la gaze, ou deux pinces caoutchoutées, un segment d'intestin de 10 centimètres et on le sectionne au milieu.

4° Le bout supérieur est anastomosé (anastomose termino-latérale ou latéro-latérale) à l'aide du bouton de Murphy ou de sutures à la soie avec le bout inférieur à 25 ou 30 centimètres au-dessous de la section.

5° Fixation du bout inférieur à l'extrémité inférieure de la plaie par suture séro-séreuse et muco-cutanée.

6° Fermeture de la paroi abdominale.

Plus tard Maydl, imitant la pratique d'Albert, de Vienne, modifia le cinquième temps de son opération : l'extrémité supérieure du bout inférieur fut libérée de son mésentère sur une étendue de 2 centimètres et au lieu d'être abouchée directement à l'angle inférieur de la plaie fut couchée sous un pont cutané et fixée en dehors de la ligne médiane.

La continence est assurée par la distance qui sépare la bouche jéjunale de l'anastomose et par le pont cutané sous lequel est couché l'intestin. Si elle laissait quelque peu à désirer, rien ne serait plus facile que de comprimer, par une pelote ou un tampon, la partie de l'intestin couché sous la peau et d'en effacer complètement la lumière.

C'est là certainement un excellent procédé qui donne de bons résultats et a réuni de nombreux suffrages. De fait, il assure une continence *à peu près* constante et durable

pourvu que l'anastomose *soit assez bas située*, et permet une alimentation variée et complète. Cependant cette large fistulisation ne va pas sans quelques inconvénients, et il est difficile d'éviter un suintement irritant dû à la sécrétion de la muqueuse en ectropion qui borde l'orifice.

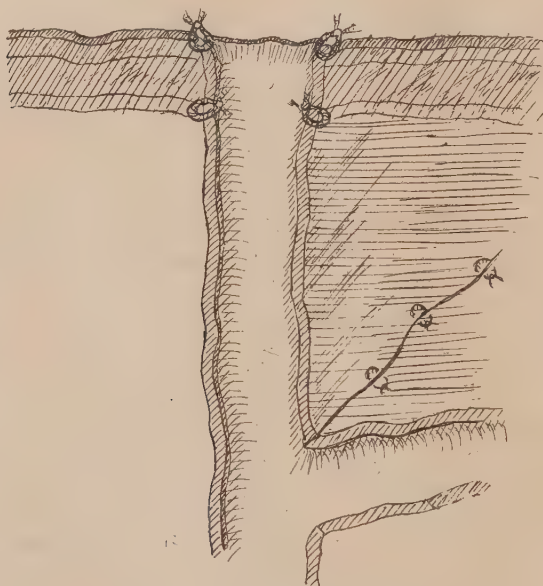


Fig. 2. — Procédé de Maydl.

Procédé de Kelling. — C'est pour éviter ces ennuis et obtenir une continence complète et permanente qui, par le procédé de Maydl, laisse quelquefois à désirer, que Kelling apporta, en 1904, une légère modification au dernier temps de l'opération de Maydl :

« Le bout inférieur est fermé en bourse à son extrémité, puis dépouillé de mésentère sur une longueur de 5 à 6 cen-

timètres. Près du cul-de-sac terminal on pratique une courte incision juste suffisante pour laisser pénétrer une sonde Nélaton n° 18. On fixe la sonde aux lèvres de l'orifice et ceci fait on la pousse de dehors en dedans, en invaginant avec elle les tuniques intestinales, de place en place on consolide cette invagination en réunissant par quelques points les parois retroussées et accolées et pour finir on suture le bouchon aux plans pariétaux séro-musculaires. »

C'est le procédé de gastrostomie de Fanton appliqué à la jéjunostomie et combiné au procédé en Y de Maydl.

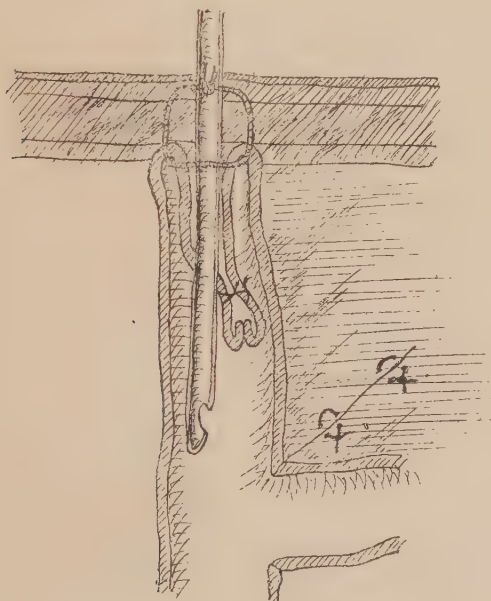


Fig. 3. — Procédé de Kelling.

Procédé de Souligoux. — C'est également pour éviter ce suintement et pour mettre plus sûrement à l'abri de l'incontinence que *Souligoux* appliqua, dès 1903, son procédé de gastrostomie par torsion à la jéjunostomie :

1° Ayant repéré, dit Souligoux, l'angle duodéno-jéjunal, je dévidai à partir de ce point environ 30 centimètres de jéjunum.

Un fil fut placé sur les vaisseaux mésentériques au point où je voulais pratiquer la section. L'hémostase ainsi faite, j'écrasai l'intestin avec ma pince à écrasement, deux fils de soie furent mis de chaque côté de la zone écrasée et liés ; puis l'intestin fut coupé entre les deux fils et les branches de la section furent cautérisées au thermo-cautère.

Un surjet séro-musculaire fut placé sur chaque bout intestinal, de telle sorte que la tranche de section fut invaginée.

2° Je fis ensuite une anastomose latéro-latérale en laissant au-dessus d'elle 20 centimètres environ d'intestin ;

3° Ces 20 centimètres d'intestin sont ramenés parallèlement à la paroi abdominale, le bout supérieur fermé répondant à l'extrémité supérieure de la plaie abdominale. Cet intestin fut fixé de chaque côté du péritoine tout le long de l'incision par des fils de soie qui passaient sur l'intestin au niveau de l'insertion du mésentère ;

4° L'anse ainsi fixée fut ouverte à sa partie moyenne par ponction, trois pinces saisissent la paroi intestinale et on pratique une torsion dont la persistance est assurée par des points de suture à la soie ;

5° Rapprochement au catgut des bords de la plaie abdominale, de telle sorte que toute l'anse est enterrée sauf le cône où se trouve placée la bouche jéjunale,

6° L'ouverture jéjunale est fixée à la peau par une suture muco-cutanée,

La torsion dans la gastrostomie avait donné d'excellents résultats et par la logique des choses, Souligoux devait être amené à l'appliquer à la jéjunostomie,

Il eut l'occasion de faire trois jéjunostomies par torsion et dans tous les cas obtint une continence parfaite.

M. Guinard, à la Société de chirurgie, mai 1906 dans son rapport sur deux de ces cas de jéjunostomie en Y avec torsion de la bouche jéjunale, après avoir dit son enthousiasme pour la torsion stomacale dans la gastrostomie qui lui a toujours donné les résultats les plus constants, proposa non la jéjunostomie en Y avec torsion, mais la jéjunostomie latérale avec torsion. Dans un cas, il eût recours à ce procédé très simple, et la fistule resta continente. Il est vrai de dire que son malade ne vécut que dix jours.

Avant que ne paraisse le rapport de M. Guinard, nous avons pratiqué sur des chiens, un certain nombre de jéjunostomies latérales avec torsion, et nous avons fait connaître le résultat de nos expériences à notre maître le docteur Souligoux.

Au début, la continence fut parfaite, mais très rapidement laissa à désirer. Il faut remarquer en effet, que l'intestin offre peu d'étoffe pour pratiquer une torsion suffisante et persistante et qu'il est de toute évidence que si l'on accentue trop le mouvement de torsion, on amène fatalement une diminution considérable de la lumière in-

testinale. De deux choses l'une, ou la torsion est insuffisante et dans ce cas elle ne sert absolument à rien, et l'on a fait en vérité à peu de chose près, une jéjunostomie latérale simple, ou elle est suffisante, et dans ce cas le rétrécissement de l'intestin est tellement considérable, qu'il doit fatalement provoquer des accidents.

La jéjunostomie en Y avec torsion nous paraît donc seule logique, seule applicable.

Procédé de Quénu. — M. Quénu, après avoir eu dans un cas de jéjunostomie en Y de l'incontinence partielle et intermittente portant à la fois sur les liquides introduits et sur la bile, proposa de fermer soigneusement et complètement le bout jéjunal inférieur, puis le lendemain de ponctionner latéralement l'anse, de manière à obtenir une bouche très petite. Il pense au fond que la petitesse extrême de l'ouverture intestinale est encore la meilleure condition de continence.

3° JÉJUNOSTOMIE LATÉRALE AVEC ENTÉRO-ANASTOMOSE.

En 1894, Albert, de Vienne, avec l'intention de simplifier le procédé de Maydl en évitant la section de l'intestin proposa son procédé de jéjunostomie latérale avec entéro-anastomose.

Après laparotomie médiane :

Il attire au-dehors la première anse intestinale, et les deux branches de cette anse sont anastomosées. Ceci fait,

il fixe par quelques points de suture le sommet de l'anse non à l'angle inférieur de la plaie, mais à deux centimètres en dehors d'elle après l'avoir couchée sous un pont cutané. L'ouverture est faite secondairement au thermocautère.

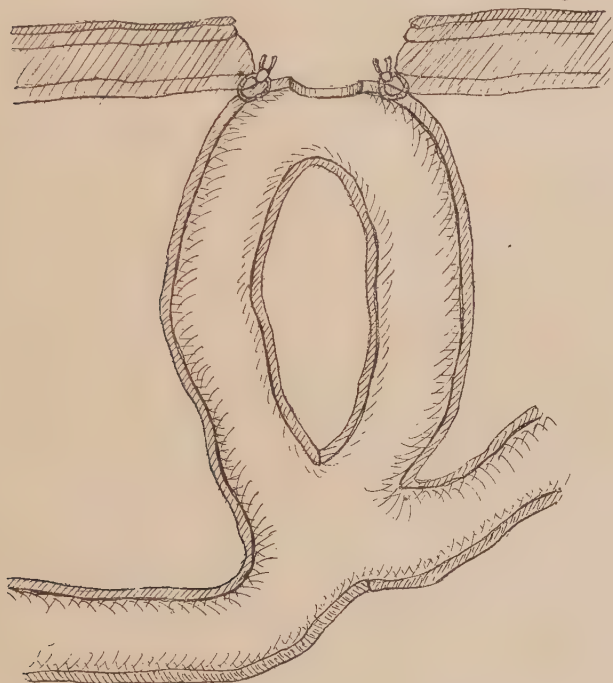


Fig. 4. — Procédé d'Albert.

Procédé de Robson. — Le 3 juin 1905, dans le *The Lancet*, Mayo Robson publiait une modification légère d'ailleurs, apportée au procédé d'Albert. Robson prend la première anse intestinale, assez longue pour pouvoir être

attirée sans tiraillement, il anastomose les deux branches de l'anse intestinale au moyen d'un bouton d'os décalcifié ou au moyen de sutures. Ceci fait, il incise l'extrémité supérieure de l'anse et introduit par cette petite ouverture dans le bout distal, une sonde n° 12 qu'il fixe à l'intestin par un fil de soie. Pour plus de sûreté, deux surjets en bourse sont faits au niveau de l'orifice qui se trouve ainsi invaginé et l'extrémité de l'anse est fixée à la peau.

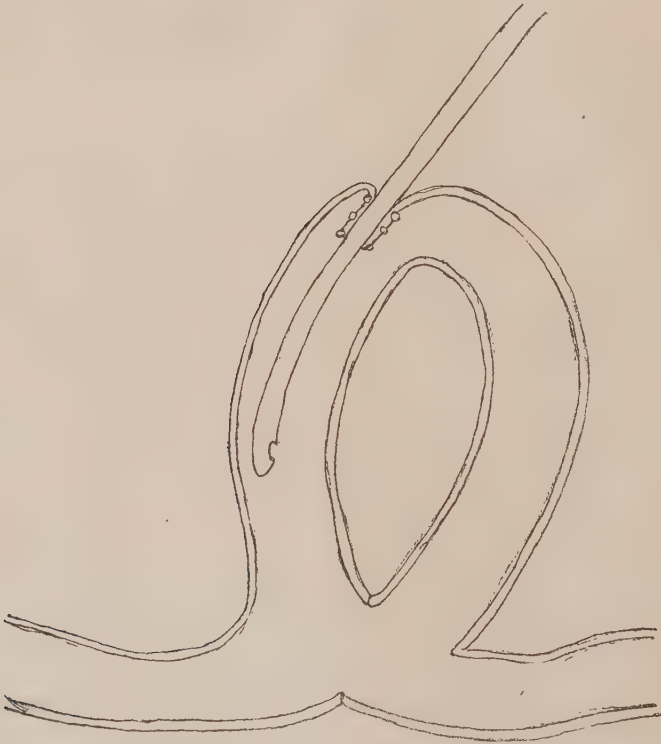


Fig. 5. — Procédé de Robson.

IV. JÉJUNOSTOMIE LATÉRALE AVEC CANALISATION

Le procédé de Maydl et ses dérivés ont le grave inconvénient d'être des opérations longues et compliquées. D'autant plus qu'il faut tenir compte que, d'une façon générale, la jéjunostomie s'adresse à des malades gravement atteints, souvent épuisés, quelquefois moribonds qui supportent mal une opération de quelque durée, elles ont en outre l'inconvénient d'exiger une anesthésie générale profonde.

C'est pour cela que **Von Eiselberg**, cherchant un procédé simple et rapide, capable néanmoins de réaliser une continence parfaite, appliqua à l'intestin l'opération de Witzel en 1895. C'est ainsi que fut créée la jéjunostomie latérale avec canalisation. L'année suivante Karewsky publia à son tour un travail sur l'application du procédé de Witzel à la jéjunostomie, il ignorait la communication faite à ce sujet au congrès de chirurgie allemande par Von Eiselberg et le mémoire qu'il avait fait paraître sur cette question.

Voici ce procédé de **Witzel-Eiselberg** tel que le décrit M. Lejars qui l'appliqua avec succès un certain nombre de fois.

1° Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale de 10 à 15 centimètres. L'ombilic est au milieu de l'incision ;

2° Recherche de l'angle duodéno-jéjunal et on attire au dehors la première anse du jéjunum qu'on circonscrit et isole avec des compresses aseptiques ;

3° Cette anse est disposée longitudinalement suivant le grand axe de la plaie ;

4° A son extrémité inférieure on ponctionne l'intestin juste assez pour glisser dans l'orifice une sonde Nélaton n° 14 qu'on enfonce de 8 à 10 centimètres dans la cavité intestinale, puis un catgut faufilé tout autour est serré et noué sur elle ;

5° La portion libre de la sonde est appliquée sur toute la longueur du segment intestinal et par un surjet séro-musculaire, on ramène au-dessus d'elle et l'on réunit deux plis, deux crêtes de paroi qui complètent le canal et réalisent l'inclusion. Le surjet commence au-dessous du point de pénétration de la sonde et se poursuit sur une longueur de 8 à 10 centimètres ;

6° Fixation de l'anse à la paroi par deux points transversaux, un supérieur, un inférieur et trois points latéraux en U, chargeant d'une part les tuniques externes de l'intestin tout près du surjet d'inclusion, de l'autre le péritoine pariétal et la couche musculaire de la paroi ;

7° Réunion de la paroi. Pour prévenir toute expulsion de la sonde, celle-ci est fixée à l'intestin et à la peau par un catgut.

Heidenhain ne fixe pas l'anse jéjunale à la paroi, il la réduit et la laisse libre, c'est là croyons-nous une pratique dangereuse et qu'il est bon de ne pas imiter.

Le procédé de Witzel-Eiselberg est un procédé excellent, regardé par un grand nombre de chirurgiens comme le procédé de choix. Il est simple, rapide, n'exige pas la narcose générale, et dans la grande majorité des cas assure une continence absolue.

On lui a fait quelques reproches et il faut avouer qu'après lecture des observations ils ne paraissent pas sans fondement.

a) On a noté un rétrécissement de l'anse, portant le canal séreux, capable de provoquer des accidents et il semble bien que cela se soit produit dans un cas de Karewski et un autre de Mikulicz.

b) On a signalé la coudure du jéjunum au-dessus du canal séreux déterminant une occlusion intestinale. Lempp, dans son mémoire en rapporte deux cas appartenant à Von Eiselberg.

c) Le canal séreux peut s'infecter secondairement et provoquer des accidents inflammatoires soit du côté des parois abdominales, soit du côté du péritoine.

d) Enfin, autre inconvénient du procédé, inconvénient qui n'est pas négligeable, c'est la nécessité de la sonde à demeure.

Le patient est condamné à porter constamment une sonde dans sa fistule jéjunale. C'est là une perspective peu agréable et une source d'ennuis. L'on a vu, en effet, la sonde être rejetée au cours d'un voyage, ne pouvoir être remise en place immédiatement, et la fistule jéjunale se fermer très rapidement, spontanément avant que la guérison du malade soit complète.

En prenant certaines précautions on peut, dans une certaine mesure, éviter les rétrécissements et les coudures. Comme le recommande Eiselberg, il est nécessaire de placer le canal séreux à 30 centimètres du pli duodéno-jéjunal et de ne jamais faire plus d'une ligne de suture au-dessus

de la sonde qui doit être toujours de petit calibre, du n° 10 au n° 14 tout au plus.

Enfin, la fistule, ou plutôt l'orifice de sortie de la sonde ne doit pas être placé plus haut que l'horizontale passant par l'ombilic.

Quant à la suspension verticale dont MM. Ricard et Chevrier ont montré les avantages dans la gastro-entérostomie, elle fait en quelque sorte partie intégrante du procédé. L'anse qui porte la fistule est fixée à la paroi sur une longueur suffisante pour ne pas avoir à craindre la formation d'un éperon capable de guider vers la bouche jéjunale les sécrétions duodénales. Et nous ne voyons pas très bien ce que Chevrier veut ajouter encore lorsqu'il nous dit : « Je crois que la suspension verticale ajoutée au pro-

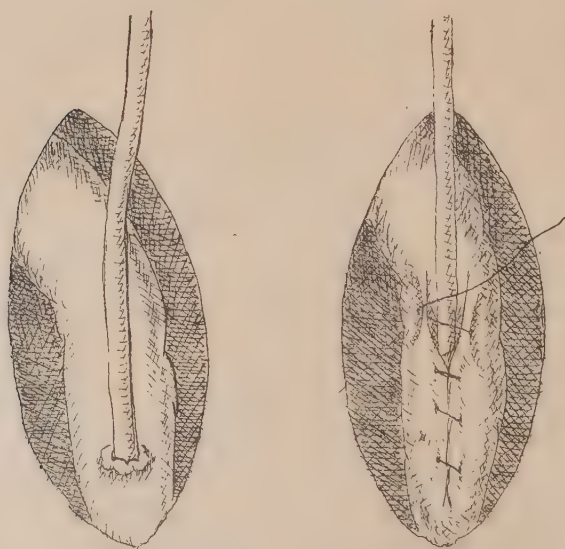


Fig. 6. — Procédé de Witzel Eiselberg.

cédé d'Eiselberg, en supprimant l'obstacle du bord mésentérique, aurait peut-être déchargé ce procédé des quelques insuccès par rétrécissement qui forment son passif. »

Pour éviter l'occlusion rapide du canal séreux, la sonde doit être portée continuellement. S'il survient un peu d'incontinence, il ne faut pas remplacer la sonde par une plus volumineuse, comme on pourrait être tenté de le faire, non, il suffit de l'enlever pendant vingt-quatre heures, et l'on voit alors se produire un rétrécissement du canal suffisant pour arrêter cette légère incontinence.

Kader, pour éviter le rétrécissement possible de l'anse portant le canal séreux, appliqua à la jéjunostomie son procédé de gastrostomie, que **Jeannel** proposa de modifier de la façon suivante :

1° Incision médiane sus-ombilicale ;

2° Le jéjunum est attiré et placé de façon que le bout supérieur se trouve à gauche, le bout inférieur à droite ;

3° A l'aide d'une pince, on attire un cône intestinal dont la base est fixée par une couronne de sutures à la paroi abdominale ;

4° A la partie supérieure du cône on fait une incision et une sonde Nélaton est introduite à frottement dans l'orifice ainsi créé ;

5° On refoule alors l'extrémité du cône et, ce faisant, on détermine deux plis parallèles, qui sont suturés, sauf au niveau du point où émerge la sonde ;

6° Suture de la plaie abdominale.

Walther se servit, dans un cas, de ce procédé. Pendant vingt et un jours, la continence fut parfaite, elle laissa à désirer par la suite et ne se rétablit que lorsque la sonde

fut enlevée, puis persista jusqu'à la fin. Ce n'est que pendant les quatre ou cinq derniers jours de la vie que les liquides refluèrent.

Ce procédé a été peu employé, il n'a donc pas fait ses preuves et nous ne pouvons dire s'il est capable de donner de bons résultats.

Mais nous partageons tout à fait l'avis de Chevrier et nous croyons que dans les jéjunostomies par le procédé Kader-Jeannel, et les jéjunostomies latérales simples, la suspension verticale est une pratique excellente que l'on ne saurait trop recommander.

Procédé de Chevrier — Critiquant les procédés précédents, Chevrier arrive à conclure que « les opérations satisfaisantes au point de vue fonctionnel sont les jéjunostomies en Y et en Ω ; dernier procédé de Maydl avec les variantes de Souligoux, Quenu, Kelling, procédés d'Albert et Mayo-Robson ; ils créent une bouche continente et assurent le cours normal du contenu intestinal en tournant l'obstacle qu'ils avaient créé, ils sont tous parfaits au point de vue fonctionnel. Mais il me semble qu'il y a encore quelque chose de mieux que de tourner, même habilement, des obstacles qu'on a créés, c'est de ne pas créer ces obstacles. »

1^{er} Temps : *Incision cutanée* sus et sous-ombilicale de 8 à 10 centimètres, à 2 centimètres à gauche de la ligne médiane au travers du muscle grand droit.

2^e Temps : *repérage du jéjunum*, à 30 centimètres du pli duodéno-jéjunal ; plissement transversal de l'intestin

(plissement à trois crêtes . A 2 centimètres environ du bord mésentérique, sur la face gauche de l'intestin on fait avec la pince à disséquer un pli perpendiculaire à la direction de l'organe, on le traverse à la Lembert, on fait un nouveau pli et l'on passe l'aiguille de la même façon, de même une troisième fois.

3° Temps : *Boutonnière épiploïque* à travers laquelle on attire l'anse intestinale repérée.

4° Temps : *Premier fil de fixation latérale* qui traverse le fascia transversalis, le péritoine, l'épiploon et le faite des trois plis intestinaux (points en U).

5° Temps : *Deuxième fil de plissement et deuxième fil de fixation latérale* (même manière que de l'autre côté).

6° Temps : *Fil de fixation inférieur.*

7° Temps : *Fil de fixation supérieur.*

8° Temps : *Pose de fils temporaire* de soulèvement, passés sur la crête du pli moyen, de chaque côté à une petite distance de la ligne médiane.

9° Temps : *Suspension et fermeture péritonéale.* Fermer l'orifice épiploïque, suspendre l'intestin et occlure le péritoine le tout en même temps, en ayant soin de ne prendre alternativement qu'une seule lèvre épiploïque, d'abord la droite, puis la gauche et ainsi de suite.

10° Temps : *Préparation des languettes sphinctériennes du grand droit.*

11° temps : *Fermeture de la paroi.*

12° Temps : *Ouverture de l'intestin.* Erailler le péritoine, dissocier et repousser les fibres musculaires jusqu'à ce que l'on soit arrivé dans un plan décollable, la sous muqueuse. Soulever alors avec une pince à disséquer la mu-

queuse qui se laisse attirer, puis ouvrir ce petit cône muqueux évaginé.

13^e Temps : *Tension de la muqueuse à la Gersung et fixation à la peau.*

Le procédé de Chevrier réalise donc une jéjunostomie latérale transépiploïque bivalvulaire et bisphinctérienne avec suspension verticale, et torsion de la muqueuse.

Ce procédé très ingénieux, est peut-être un peu plus compliqué que son auteur ne semble l'avouer. Il est fait de petits détails qui ont tous leur importance et sur lesquels Chevrier insiste à plusieurs reprises.

Les avantages d'une boutonnière épiploïque ne me semblent pas très nettement démontrés et la peur d'une torsion en masse de l'épiploon est peut-être un peu chimérique. Quant à l'action des deux sphincters lisse et strié, créés artificiellement sur laquelle Chevrier compte beaucoup pour assurer la continence de la fistule, elle me paraît plus que problématique. Je crois que très rapidement les deux languettes musculaires doivent se transformer en deux languettes fibreuses.

La torsion de la muqueuse à la Gersung ne réalise pas davantage un progrès bien sensible. Il semble démontré que toute torsion non maintenue, non fixée n'est qu'éphémère et que le canal muqueux reprend très rapidement sa régularité.

Le procédé de Chevrier me paraît cependant très nettement supérieur aux procédés de jéjunostomie latérale simple, parce qu'il crée une valvule propre à amener la continence, il me paraît préférable au procédé de Kader-

Jeannel, parce qu'il évite par le plissement transversal le rétrécissement possible de l'intestin, parce qu'il réalise la

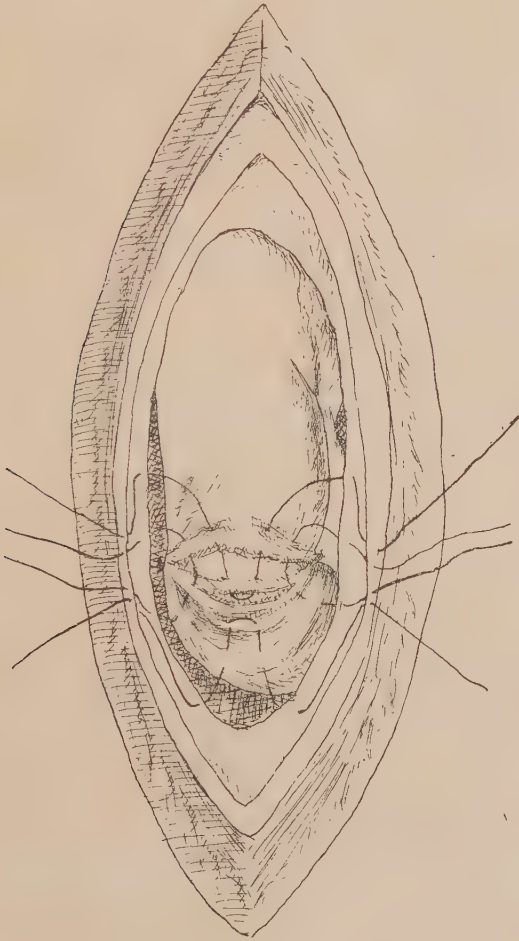


Fig. 7. — Procédé de Chevrier.

suspension verticale, parce qu'il donne un trajet fistuleux entièrement tapissé d'épithélium intèqueux.

CHAPITRE V

Soins post-opératoires.

La jéjunostomie, suivant qu'elle s'adresse aux affections néoplasiques ou non néoplasiques de l'estomac, est ou *définitive* ou *temporaire*.

Dans ce dernier cas, après une période plus ou moins longue de fistulisation, il faudra songer à fermer la bouche jéjunale.

Seuls, les procédés de Maydl et d'Eiselberg-Witzel ont été employés un assez grand nombre de fois dans la jéjunostomie temporaire pour permettre de se rendre compte du fonctionnement éloigné de la bouche jéjunale et de son évolution.

Dans le procédé de von Eiselberg-Witzel, la fermeture spontanée est la *règle*. Dans le procédé de Maydl, l'extrême *exception*, une deuxième intervention est toujours, pourrait-on dire, nécessaire : sans ouvrir le ventre, on retrouve sous la peau le petit segment extériorisé et rien n'est plus facile que d'en faire l'occlusion après l'avoir avivé. On peut encore, si on le juge nécessaire, transformer la jéjunostomie en Y en gastro-entérostomie.

Avant d'examiner la valeur des différents procédés-types décrits, il nous paraît indispensable de dire quelques

mots sur les soins post-opératoires, sur la manière d'alimenter les opérés.

On peut commencer l'alimentation immédiatement après l'opération, et c'est là certainement un des avantages de la jéjunostomie. il est facile de comprendre les bénéfices énormes que l'on peut retirer de cette alimentation immédiate lorsqu'on se trouve en présence de malades très affaiblis et menacés d'une mort rapide par inanition.

Au début, les aliments doivent être liquides :

Lait,
Bouillon,
Thé, etc.,

ils sont facilement introduits, vite absorbés et rapidement digérés. Plus tard, on ajoutera des purées claires, des œufs, de la poudre de viande.

Lorsqu'on a eu recours au procédé de Maydl, on peut se permettre de donner une alimentation plus variée et plus substantielle : purées épaisses, pain et viandes hachées. Les aliments doivent être à la *température du corps* si l'on veut éviter l'apparition des coliques et de la diarrhée que ne manque pas de provoquer l'introduction de liquides froids. On doit, au début, donner peu de nourriture à la fois, 150 à 250 grammes au plus, et c'est à petits coups, lentement, qu'elle doit être introduite. sinon les malades ont des ballonnements pénibles, de véritables douleurs, de la diarrhée et parfois du reflux.

M. Guinard compare le fonctionnement des segments successifs de l'intestin au Block System qui règle la circulation des voies ferrées. Un des segments ne s'ouvre que lorsque le suivant est vide.

Peu à peu l'intestin s'habitue, le Block System cesse de fonctionner aussi rigoureusement et l'on peut très rapidement donner une nourriture plus abondante. Les malades arrivent très bien à absorber un litre de lait additionné de poudre de viande et de plusieurs jaunes d'œufs à chaque gavage.

Bien entendu, il est nécessaire, surtout au début, de multiplier les repas pour réaliser une bonne et complète alimentation.

La fistule d'une jéjunostomie temporaire doit être maintenue un temps relativement long, même si l'amélioration est très sensible et très rapide, il ne faut point se hâter de faire reprendre l'alimentation par les voies naturelles, il est indispensable, auparavant, de *tâter* l'estomac, de voir si le chimisme gastrique est revenu à l'état normal. Il ne faut point cesser brusquement l'alimentation par la sonde et passer sans transition, du jour au lendemain, à l'alimentation buccale exclusive. Ce n'est que petit à petit que ce changement sera opéré et pendant un certain temps la malade se nourrira à la fois par la fistule et la bouche. Peu à peu l'alimentation par la fistule jéjunale sera supprimée, mais on aura soin de laisser encore, par mesure de prudence, la sonde à demeure, se tenant prêt à recourir à elle si une nouvelle crise gastrique venait prouver que les lésions ne sont pas encore guéries. Ce n'est que lorsqu'il sera bien prouvé que les fonctions de l'estomac sont devenues normales que la sonde à demeure sera supprimée et que l'on songera à fermer ou à laisser fermer la bouche jéjunale.

CHAPITRE VI

Choix du procédé opératoire.

D'après Lejars, la jéjunostomie doit répondre à deux conditions essentielles :

1° *Sa technique doit être simple et rapide ;*

2° *Elle doit réaliser une continence absolue.*

La bouche jéjunale doit être continente, c'est la principale donnée du problème, c'est ce que le chirurgien doit s'efforcer de réaliser, c'est du bon fonctionnement, de la bonne tenue de la fistule jéjunale que dépend l'avenir de l'opéré.

À cet égard, tous les procédés sont loin d'avoir une égale valeur. Tous peuvent donner de bons résultats immédiats. La jéjunostomie latérale simple peut elle-même réaliser une continence parfaite, au début, dans les premiers temps, mais elle ne tarde pas à devenir insuffisante comme le prouve un assez grand nombre d'observations.

Si les résultats obtenus étaient aussi constants que le dit M. le professeur Terrier, il semble qu'il ne serait venu à l'idée de personne de compliquer à plaisir cette opération.

Deux procédés seuls ont fait leurs preuves. D'une part,

le procédé de MAYDL; d'autre part, le procédé d'Eiselderg-Witzel.

Tous deux, surtout si l'on a soin d'ajouter au procédé de Maydl la torsion de Souligoux, réalisent, d'une façon, pourrait-on dire constante, une continence absolue.

La technique doit être **rapide** et **simple**. Cette condition est moins importante que la précédente et ne mérite vraiment d'être prise en considération qu'en présence d'un malade très affaibli, incapable de supporter une intervention de quelque durée.

Il est incontestable que la jéjunostomie latérale à la Surmay est de beaucoup la plus simple, mais elle est *trop inconstante* dans ses résultats pour être employée avec avantage.

La jéjunostomie en Y de Maydl est au contraire la plus compliquée. Ses résultats fonctionnels sont excellents mais c'est un procédé long et présentant une certaine gravité opératoire.

Aussi la jéjunostomie latérale avec canalisation, procédé d'Eiselberg-Witzel, quoiqu'elle satisfasse moins bien l'esprit a-t-elle certainement réalisé un progrès. C'est une opération facile, rapide, simple, sans gravité, ne nécessitant pas l'anesthésie générale, et donnant dans la majorité des cas de bons résultats, de plus, la fistule jéjunale a l'avantage de se fermer spontanément après enlèvement de la sonde.

A côté de ses avantages appréciables, la jéjunostomie avec canalisation a quelques inconvénients dont il est bon de tenir compte et que nous avons déjà signalés : Rétrécissement, coudure, infection. Il faut convenir, en outre, que le port d'une sonde à demeure, qui peut se boucher,

être expulsée au moment où l'on s'y attend le moins, est un des inconvénients du procédé.

En résumé, deux procédés à retenir :

1° Jéjunostomie en Y avec torsion ;

2° Jéjunostomie latérale avec canalisation.

C'est de l'état du malade que doit dépendre le choix du procédé.

A malade fort, vigoureux encore convient le procédé de Maydl, auquel il sera bon d'ajouter la torsion de Souligoux.

Dans tous les autres cas, le procédé de choix nous paraît être le procédé d'Eiselberg-Witzel.

CHAPITRE VII

Résultats.

Nous avons relevé 186 cas de jéjunostomie dont 129 pour cancer de l'estomac, 42 pour ulcère peptique compliqué ou non, 14 pour brûlures de l'œsophage et de l'estomac et 1 pour vomissements incoercibles de la grossesse.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir recueilli tous les cas publiés, un certain nombre certainement ont échappé à nos recherches et nous le regrettons. Cependant le nombre de 188 jéjunostomies est déjà respectable et il est possible, croyons-nous, de tirer de l'analyse de ces cas quelques déductions intéressantes.

Il est difficile cependant de se faire une idée très exacte de la valeur de la jéjunostomie dans les diverses affections gastriques. C'est qu'en effet, d'une part, notre statistique remonte jusqu'en 1878, époque où la chirurgie gastro-intestinale était encore dans l'enfance, où il fallait une heure un quart pour faire une jéjunostomie latérale simple, et que d'autre part, elle comprend des cas extrêmement disparates appartenant à des chirurgiens différents qui opéraient sur des indications nullement semblables.

1° DANS LE CANCER.

Envisageons tout d'abord les résultats de la jéjunostomie dans le **cancer de l'estomac**.

Pris en bloc, les résultats ne sont pas brillants. Mais comment en serait-il, comment pourrait-il en être autrement ? N'oublions pas, en effet, que la plupart du temps la jéjunostomie a été exécutée *in extremis*, sur des moribonds. Il est vraiment surprenant que dans ces conditions on ait pu obtenir une survie moyenne de quelque durée avec une mortalité opératoire relativement peu élevée.

Nous relevons dans notre statistique 129 jéjunostomies pour cancer de l'estomac avec 38 morts opératoires, soit 29,4 p. 100 de mortalité.

Des autres opérés :

23	sont morts	le 1 ^{er} mois.
24	—	le 2 ^e —
13	—	le 3 ^e —
2	—	le 4 ^e —
5	—	le 5 ^e —
1	—	le 6 ^e —
3	—	le 8 ^e —
1	—	le 10 ^e —
1	—	le 12 ^e —
1	—	le 17 ^e —

6 ont vécu plusieurs mois, la date de leur mort n'est pas signalée dans les observations.

6 opérés vivaient encore après 1 mois et demi.

3 — — — — — 2 —

1 opéré vivait encore après 6 mois et demi.

Ce sont là les résultats pris en bloc, mais la valeur d'une statistique globale n'est certainement que relative. Aussi est-il peut-être plus intéressant d'envisager les résultats obtenus par les deux chirurgiens qui se sont le plus occupés de la jéjunostomie et qui l'ont pratiquée un nombre assez considérable de fois.

Maydl a fait 27 *jéjunostomies en Y* pour cancer de l'estomac avec 4 morts opératoires, soit 14,8 p. 100 de mortalité.

Des autres opérés :

1 est mort dans le courant du 1^{er} mois.

4 — — — — — du 2^e —

3 — — — — — du 3^e —

1 — — — — — du 5^e —

1 — — — — — du 6^e —

1 — — — — — du 8^e —

1 — — — — — du 17^e —

soit une survie moyenne de 4 mois et demi.

3 opérés vivaient encore 1 mois 1/2 après l'opération.

2 — — — — — 2 — —

2 — — — — — 6 — —

1 — — — — — 8 mois

3 autres opérés sortis améliorés de l'hôpital n'ont pas été suivis.

Dans le service de von Eiselberg, 43 jéjunostomies latérales avec canalisation ont été exécutées pour cancer gastrique avec 14 morts opératoires, soit 32,5 p. 100 de mortalité.

Des autres opérés :

7 sont morts le 1 ^{er} mois.		
11	—	le 2 ^e —
5	—	le 3 ^e —
1	—	le 4 ^e —
4	—	le 5 ^e —
1	—	le 8 ^e —

soit une survie moyenne de 2 mois et demi environ.

Les résultats obtenus par Maydl d'une part et von Eiselberg d'autre part, sont notablement différents. La raison en est facile à donner. La différence des résultats ne dépend nullement du procédé employé : Maydl exécute la jéjunostomie en Y, opération longue, assez difficile et assez grave, il a cependant une mortalité opératoire moins élevée que von Eiselberg, qui exécute la jéjunostomie latérale avec canalisation, opération rapide et facile ; non, la différence des résultats obtenus dépend uniquement de ce fait que les indications auxquelles obéissent ces deux chirurgiens ne sont pas du tout comparables.

Tandis que von Eiselberg réserve la jéjunostomie aux cancers trop étendus pour être justiciables d'une gastrostomie ou d'une gastro-entérostomie, Maydl, au contraire, fait

de la jéjunostomie l'opération palliative par excellence des cancers de l'estomac, si bien qu'il l'exécute dans des cas où la gastro-entérostomie pourrait être pratiquée, dans des cas par conséquent relativement peu avancés.

De là toute la différence des résultats obtenus. Ces résultats, nous le répétons, dépendent uniquement du moment de l'opération et non du procédé employé. Et c'est là, croyons-nous, la raison pour laquelle les résultats de la gastro-entérostomie sont un peu meilleurs que ceux de la jéjunostomie.

Dans le service de von Eiselberg la gastro-entérostomie fut exécuté 76 fois pour cancer de l'estomac avec 23 morts opératoires, soit 30,2 p. 100 de mortalité.

Des autres opérés :

2	sont morts	le	1 ^{er}	mois.
9	—	le	2 ^e	—
5	—	le	3 ^e	—
4	—	le	4 ^e	—
1	—	le	5 ^e	—
1	—	le	6 ^e	—
2	—	le	7 ^e	—
5	—	le	8 ^e	—
3	—	le	9 ^e	—
1	—	le	11 ^e	—
3	—	le	12 ^e	—
1	—	le	13 ^e	—
2	—	le	14 ^e	—
1	—	le	15 ^e	—

soit une survie moyenne de six mois.

Ces résultats, ne sont pas très sensiblement supérieurs à ceux de la jéjunostomie. Et la statistique de Maydl, que nous avons donnée plus haut, peut soutenir la comparaison.

On peut affirmer que la jéjunostomie n'est pas une opération grave et dangereuse par elle-même. La cachexie avancée, le défaut de résistance des opérés, voilà le véritable danger. Chez ces malades, toute intervention est sérieuse, même la plus bénigne en apparence, même la laparotomie exploratrice.

De l'examen des 130 observations de jéjunostomie pour cancer de l'estomac, on peut conclure que peu de malades en somme, tirent un grand profit de l'opération.

La survie n'est en général pas de longue durée, et cela tient naturellement à ce que la jéjunostomie est faite très tardivement. Mais nombreuses sont les observations dans lesquelles on trouve notée une amélioration très sensible et une augmentation de poids. Il est fréquent en outre de constater la disparition ou la diminution des douleurs et des vomissements après l'établissement d'une bouche jéjunale, malheureusement ces résultats ne sont pas durables, après un temps plus ou moins long, les phénomènes pénibles pour lesquels on était intervenu réapparaissent, et le malade ne tarde à succomber. Il serait d'ailleurs insensé d'attendre d'une opération faite à la dernière période d'un cancer gastrique une amélioration constante, complète et durable.

Un fait remarquable que l'on trouve signalé dans bien des observations, c'est que, après jéjunostomie, l'estomac le plus susceptible *devient tolérant* : et alors qu'avant

l'opération le malade ne pouvait rien avaler sans vomir, aussitôt après il peut boire et manger sans troubles sérieux à sa grande satisfaction.

Ni la jéjunostomie, ni même la gastro-entérostomie ne constituent la chirurgie de l'avenir des cancers gastriques. Il viendra un temps peut-être où, les médecins, convaincus de l'innocence et de l'utilité de laparotomie exploratrice, enverront de bonne heure leurs malades aux chirurgiens, où il sera possible de faire un diagnostic précoce et par conséquent d'exécuter non une opération palliative, mais une résection large et complète, permettant d'espérer une guérison définitive.

2° DANS L'ULCÈRE.

Nous avons relevé 42 cas d'*ulcère peptique* traité par la jéjunostomie avec 14 morts opératoires, soit 33,3 p. 100 de mortalité.

Dans 21 cas la guérison fut obtenue (il faut dire cependant que sur ces 21 malades, 5 n'ont pas été suivis assez longtemps (quelques mois à peine) pour pouvoir affirmer la guérison absolue), une fois il n'y eût aucune amélioration et l'on dut recourir à une autre intervention. Et 6 opérés guéris de l'opération succombèrent plus tard des suites de l'affection primitive (complications locales ou générales).

Au total, 50 p. 100 d'insuccès, proportion considérable bien certainement, mais qui ne doit pas nous étonner, si

nous songeons que la jéjunostomie s'est adressée le plus souvent aux complications les plus graves de l'ulcère, hémorragies et perforation, aux formes les plus sérieuses de cette affection et si nous n'oublions pas que les autres interventions dirigées contre l'ulcère floride, n'ont pas donné de meilleurs résultats.

M. Quénu rapporte 32 cas d'ulcère peptique traités par gastro-entérostomie avec 9 récives (8 morts) et 24 guérisons, dont un certain nombre constatées certainement trop peu de temps après l'opération pour pouvoir être considérées comme définitives.

Clermont donne une statistique de 16 gastro-entérostomies pour ulcère floride non pylorique avec :

4 guérisons ;

8 non-guérisons ;

4 morts des suites de l'affection,

soit 75 p. 100 d'insuccès.

Dans tous les cas (2 exceptions), la jéjunostomie est suivie d'une amélioration notable et rapide : les douleurs disparaissent, les vomissements et les hémorragies chroniques s'arrêtent et l'on voit fondre pour ainsi dire les tumeurs inflammatoires.

Il semble que d'une façon générale, c'est au moins ce qui ressort très nettement des observations que nous avons recueillies, que la jéjunostomie est susceptible de rendre de nombreux services dans l'ulcère de l'estomac. Le rôle bienfaisant de la mise au repos de l'estomac est bien prouvé par ce fait que l'on trouve signalé dans de nombreuses observations à savoir : la réapparition des douleurs et des

vomissements qui avaient complètement disparu après l'établissement de la fistule jéjunale, dès la reprise intempestive, trop précoce de l'alimentation buccale.

Certaines observations ont la valeur d'une expérience : Après jéjunostomie les douleurs, les vomissements, les hématomèses disparaissent, l'état général se relève, l'amélioration est des plus notables, l'alimentation buccale est reprise et immédiatement réapparaissent les accidents antérieurs, on revient aussitôt à l'alimentation exclusive par la bouche jéjunale et les phénomènes pénibles se calment.

Dans d'autres observations, l'on voit une gastro-entérostomie ne donner qu'un résultat insignifiant ou nul, une jéjunostomie secondaire devenir nécessaire et amener la guérison.

L'influence de la jéjunostomie est incontestable. Elle a l'avantage de réaliser le repos de l'estomac et de permettre l'alimentation par une voie dérivée jusqu'à complète guérison des lésions gastriques.

Il semble que les résultats de la jéjunostomie dans l'ulcère floride non pylorique soient *sensiblement meilleurs* que ceux de la gastro-entérostomie.

La véritable indication de la gastro-entérostomie c'est, nous le répétons, l'ulcère pylorique éteint et sténosant, c'est encore l'ulcère pylorique en activité, et dans ce dernier cas, lorsque l'intolérance de l'estomac peut faire craindre l'extension de la gastrite ulcéreuse en dehors de la région pylorique. Il sera avantageux, comme le prouve quelques observations, d'associer la jéjunostomie avec la gastro-entérostomie.

3° Dans les brûlures.

Nous rapportons 14 cas de brûlures de l'œsophage et de l'estomac avec 6 morts opératoires, soit 42, 2 p. 100 de mortalité, 7 guérisons absolues et une mort au 51^e jour des suites d'une broncho-pneumonie. Il faut convenir que ces résultats sont excellents si l'on songe que les brûlures de l'œsophage et de l'estomac sont excessivement graves de par la gastrite phlegmoneuse inévitable, de par les sténoses étendues et l'inanition consécutive.

Les résultats seront encore meilleurs si l'on opère ces malades de bonne heure, si l'on n'attend pas l'apparition d'une complication, si l'on attend pas d'avoir à faire à des inanitiés, à des cachectiques, à des moribonds. L'association de la gastrostomie et de la jéjunostomie paraît susceptible de rendre d'excellents services. La première assurera le drainage de l'estomac, la deuxième en permettant l'alimentation par une voie dérivée, procurera à l'estomac le repos dont il a besoin.

OBSERVATIONS

Observations de jéjunostomies pour cancer.

OBSERVATION I

Surmay. *Bulletin g. Thérapeutique*, 1878, p. 195.
Entérostomie.

La femme P... C..., âgée de 26 ans, entre dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Saint-Antoine. Depuis 11 mois elle n'a pas cessé de vomir tous les jours ses aliments, mais elle n'a jamais rendu de selles noires. Pas de cachexie. Tumeur du volume d'une grosse pomme au creux épigastrique. Estomac distendu.

Le 19 juin 1878. Jéjunostomie latérale en un temps. Fistule continente. Le lendemain 20 juin, mort.

Autopsie : Néoplasme du pylore. Intestins un peu distendus par des gaz. Dans les culs-de sacs péritonéaux du petit bassin on rencontre environ 100 à 150 grammes d'un liquide rouge violacé.

OBSERVATION II

Robertson. In *British medical Journal*, 1885.

J. S..., 47 ans, maître d'école. Vomissements abondants. Dilatation gastrique, hématuries noires. Traitement médical et diététique sans résultat.

Opération le 9 mars. Jéjunostomie latérale en deux temps. Le deuxième temps ne put être pratiqué, le malade mourut 8 heures après l'intervention.

Autopsie : Estomac très dilaté. Pylore adhérent à la face inférieure du lobe droit du foie, il est le siège d'un épaissement fibreux.

OBSERVATION III

Lee et Pearce Gould. *The Lancet*, 1885.

Cancer du pylore et du duodenum ; Jéjunostomie. Mort.

H. B..., ingénieur civil, 33 ans. Se plaint de douleurs de l'estomac, vomissements et amaigrissement, on ne sent pas de tumeur.

Opération le 8 septembre : Jéjunostomie latérale en deux temps. Lavements alimentaires. Le 10 septembre, ouverture de l'intestin. Mort 66 heures après intervention.

Autopsie : La région pylorique de l'estomac et les deux premiers pouces de l'intestin sont occupés par une masse cancéreuse.

Ganglions mésentériques infiltrés.

Pas trace de péritonite.

OBSERVATION IV

Golding Bird. *Clinical Society* novembre 1885.

Cancer du pylore.

Homme, 46 ans, admis à Guy's Hospital le 30 septembre 1885. Douleurs vives, vomissements demi-heure après les

repas. Tumeur au-dessus de l'ombilic à 5 centimètres à droite de la ligne médiane. Estomac non dilaté.

Opération 25 octobre : Pylorectomie impossible. Jéjunostomie latérale en deux temps.

Le 28 octobre, ouverture de l'intestin. Fistule continente. On donnait 400 à 500 grammes de liquide toutes les 4 ou 5 heures. Au troisième repas attaques d'indigestion qui se renouvelèrent jusqu'à ce qu'on eût diminué la quantité d'aliments. Une selle se produisit, les matières avaient leur couleur normale. La bile passait donc au-delà de la fistule.

Le 1^{er} novembre, fausse route.

Mort de péritonite 9 jours après intervention.

Autopsie : Cancer du pylore, s'étendant au duodénum, nodules cancéreux dans le pancréas.

Péritonite.

OBSERVATION V

Hahn. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1894.

Retrecissement de l'œsophage.

K..., 69 ans, entre à l'hôpital le 15 novembre 1886. Il ne peut plus ingérer les aliments solides qui sont immédiatement vomis. Sonde œsophagienne rencontre à 40 centimètres de l'arcade dentaire un obstacle infranchissable.

24 mai 1887 : Jéjunostomie latérale en deux temps (gastrotomie impossible).

Deux jours plus tard ouverture de l'intestin.

Mort 13 jours après intervention.

Autopsie : Le foie contient des noyaux blanchâtres.

Estomac complètement envahi par grosse tumeur irrégulière et ulcérée.

OBSERVATION VI

Peyrot. Verdin, *Thèse*, Paris 1898.

Carcinome volumineux de l'estomac.

Homme, 60 ans, cancer de l'estomac propagé au foie.

Opération le 7 janvier 1888 : Jéjunostomie latérale en un temps.

Mort 3 à 4 jours après intervention.

OBSERVATION VII

Albert. *Arbeit. und Jahresb. der chir. klinik. Wien.*, 1899.

M. J..., 42 ans, tumeur à l'épigastre, jéjunostomie latérale en deux temps.

Cinquième jour, l'ouverture de l'intestin au thermocautère.

Mort quatre semaines après intervention.

Autopsie : Cancer de l'estomac, cancer secondaire du cœur, du rein, des ganglions, du mésentère, du hile du foie.

OBSERVATION VIII

Albert. *Arbeit. und Jahresd. der chir. Klenik Wien.*, 1889.

P. C..., 42 ans. Vomissements, amaigrissement, tumeur région pylorique.

Jéjunostomie latérale en deux temps.
Quatrième jour, ouverture de l'intestin au thermocautère.
Mort le sixième jour.
Autopsie : Pneumonie lobulaire double.

OBSERVATION IX

Hahn. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1894.
Cancer de l'estomac inopérable.

Femme, 30 ans. Vomissements incessants, amaigrissement extrême. Dans la région épigastrique, tumeur volumineuse.
Opération, le 6 mai 1889 : gastrectomie, gastro-entérostomie impossibles.

Jéjunostomie latérale en deux temps.
Sixième jour, on ouvre l'intestin.
Après l'opération l'estomac devient tolérant.
Amélioration de l'état général.

A partir du 6 juillet, la fistule tend à se fermer.
L'alimentation peut se faire par la bouche sans inconvénient.

15 juillet, fistule est fermée. Etat général bon.
23 juillet, malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION X

Albert. *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1894.
Cancer du pylore.

F..., 26 ans, douleurs, vomissements continuels.
Dans région épigastrique, tumeur du volume du poing.
Opération, le 15 juin 1893 : Pylorctomie impossible, gastro-entérostomie contre-indiquée.

Jéjunostomie (procédé d'Albert).

Quatrième jour, intestin ouvert au thermocautère.

Mort 11 août, deux mois après opération.

OBSERVATION XI

Jesset. *Clinical society's transactions*, t. XIII.

J. C..., 45 ans, douleur, vomissements, dans hypochondre gauche tumeur. Opération, 10 juin.

Jéjunostomie latérale en deux temps. (Application des plaques de Senn à la jéjunostomie.)

Troisième jour, on ouvre l'intestin :

Douleurs diminuent considérablement.

Mort sept mois après intervention.

OBSERVATION XII.

Mayo Robson. *Medico. chirurgical Transactions*, 1851.

Cancer étendu de l'estomac.

Femme. 58 ans, tumeur abdominale accompagnée de vomissements persistants, et douleur continuelle.

Opération, 1^{er} juillet 1891 : Jéjunostomie latérale en deux temps.

Septième jour, ouverture de l'intestin. *Fistule incontinente.*

Mort deux mois après l'opération.

OBSERVATION XIII

Jessett. *Clinical society's transactions.*, t. XXV.

W. C..., 59 ans. Douleurs vives à épigastre, vomissements fréquents et précoces. Sonde œsophagienne pénétre jusqu'à 40 centimètres de l'arcade dentaire.

Opération, le 2 août : Jéjunostomie latérale en deux temps.

Mort six semaines après.

Autopsie : Cancer du cardia s'étendant sur face antérieure de l'estomac.

OBSERVATION XIV

Larkin. *The Lancet*, 1891.

Sténose pylorique. Gastro-entérostomie, réapparition des symptômes : Jéjunostomie.

F..., âgée de 47 ans.

Cancer pylorique très étendu.

Gastro-entérostomie. Très rapidement les vomissements réapparaissent. Vers la fin de juillet elle vomit tout presque aussitôt après ingestion.

4 août. Jéjunostomie latérale en deux temps (méthode de Jessett).

Troisième jour, ouverture de l'intestin.

Amélioration très sensible, fistule un peu incontinente.

Mort deux mois et vingt et un jours après opération.

Autopsie : Rupture de l'intestin consécutive à un étranglement interne. La bouche gastro-intestinale est complètement obliterée par la tumeur.

OBSERVATION XV

Hahn. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1874.

Retrécissement cancéreux de l'œsophage.

H..., 56 ans, à 30 centimètres de l'arcade dentaire, dans œsophage, se trouve un obstacle que ne peuvent franchir les sondes les plus fines.

Opération, le 30 novembre : Jéjunostomie latérale en un temps.

Mort d'inanition le 3 décembre, quatre jours après intervention.

Autopsie : Bouche jéjunale, située trop bas, à 2 mètres de vulvule iléo-cœcale.

OBSERVATION XVI

Montaz (de Grenoble). *Dauphiné Médical*.

Cancer de l'estomac.

Homme. Signes d'un cancer du cardia. Cachexie très prononcée.

Opération : Jéjunostomie latérale en un temps. Sutures muco-cutanées.

Guérison opératoire. *Amélioration*.

Mort longtemps après opération. Fistule continente.

OBSERVATION XVII

Freiher von Eiselberg. *Archiv für Klinische Chirurgie*,
T. L.
Cancer pylorique.

F..., 38 ans. Stenore du pylore. Dans épigastre tumeur dure de la grosseur du poing.

Laparotomie montre totalité estomac envahie par le néoplasme. Gastro-intérostomie impraticable.

Jéjunostomie (méthode de Wetzel).

Fistule continente.

Mort le quatorzième jour.

OBSERVATION XVIII

Von Eiselberg. *Archiv für clin. chirur.*, t. L.
Cancer pylorique.

H..., 42 ans. Sténose pylorique. Dans région épigastrique une tumeur dure et volumineuse.

Opération : Laparotomie. Estomac infiltré. Gastro-enterostomie impossible. Jéjunostomie (méthode de Witzel).

Fistule continente jusqu'au dernier jour.

Mort 5 semaines après opération. Cachexie.

OBSERVATION XIX

Helferich. (Borcher. *These* de Greifswald, 1896.)
Carcinome stomacal.

Homme, 50 ans. Douleurs. Vomissements réguliers aussitôt après ingestion. Au-dessous de l'arc costal gauche tumeur.

Sonde œsophagienne butte contre un obstacle dans la région du cardia.

1^{er} juin opération. Tout l'estomac est occupé par la tumeur et adhère fortement aux ganglions. Nombreuses métastases dans épiploon. Gastro-entérostomie impossible. Jéjunostomie (Maydl bouton de Murphy).

Mort 4 jours après.

OBSERVATION XX

Peyrot. (*Thèse Verdin, Paris, 1898.*)

Cancer œsophagien.

M. C.... 50 ans. Signes d'un rétrécissement de l'œsophage. La déglutition même des liquides est impossible depuis plusieurs jours.

10 juillet. Laparotomie. Impossibilité d'attirer l'estomac. Gastrostomie impraticable. Jéjunostomie latérale en un temps.

Mort 13 jours après.

Autopsie : Cancer œsophage au niveau de la bifurcation de la trachée. Fistule broncho-œsophagienne. Abscès du poumon.

OBSERVATION XXI

Ernest Maylard. *The Lancet.* 1897.

Cancer étendu de l'estomac.

Homme, 50 ans, très maigre, très affaibli. Douleur vive dans la région scapulaire après prise de nourriture. Vomissements sans caractère spécial, pas d'hématémèse, pas de mœlena. Dans l'épigastre une tumeur dure au toucher.

18 mai. Laparotomie exploratrice. Estomac largement infiltré, *on essaya, mais en vain, d'attirer le duodénum* pour pratiquer une duodénostomie. Jéjunostomie (méthode de Maydl, bouton de Murphy).

Amélioration, mais toux opiniâtre, incontinence.

Mort 3 semaines après.

Autopsie : Carcinome colloïde de la petite courbure.

OBSERVATION XXII

Terrier. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1858.

F. G..., 53 ans. Vomissements quotidiens, survenant deux ou trois heures après l'ingestion des aliments. Le malade rejetait tout, même le lait.

A gauche de la ligne médiane, sous le rebord des fausses côtes, on sent à la palpation une masse indurée inégale, mal limitée, atteignant presque les dimensions de la paume de la main.

18 juillet. Laparotomie. Néoplasme de la grande courbure ayant envahi la face antérieure de l'estomac et postérieure en partie. Pylore sain.

Gastrectomie, gastro-interostomie impossibles.

Jéjunostomie latérale en deux temps.

Le 1^{er} août, ouverture de l'intestin.

Continence parfaite.

Mort 28 août, soit 40 jours après opération.

OBSERVATION XXIII

Maydl. In Cackovic. *Archiv. für klin. Chirurgie*, 1902.

Carcinome du pylore avec métastase ganglionnaire.

Jéjunostomie latérale (premier procédé de Maydl), 24 avril 1887.

Le 30 avril, l'intestin est ouvert.

Amélioration *très notable*.

Malade sorti le 14 mai.

OBSERVATION XXIV

Maydl. In Cackovic. *Archiv. für Klin. Chirurgie*, 1902.

Carcinome du pylore et de la grande courbure. Jéjunostomie latérale en deux temps (premier procédé de Maydl), opération faite le 15 juin 1887. L'intestin est ouvert le quatrième jour. Mort dans la nuit du huitième jour.

OBSERVATION XXV

M. le professeur Le Dentu. Société de chirurgie, séance du 9 novembre 1858.

Femme, très cachectique, opérée à Necker pour un cancer de l'estomac. Je fis l'incision sur la ligne médiane : cette incision me mena sur une cavité formée par l'estomac adhérent et perforé qui laissait écouler son contenu.

Jéjunostomie latérale en un temps.

Mort quatre ou cinq jours après sans infection.

OBSERVATION XXVI

M. le professeur Terrier. Société de chirurgie,
15 janvier 1902.

Cancer de l'estomac.

Homme, 37 ans. Douleurs, vomissements alimentaires, acides survenant 4 à 5 heures après chaque repas. Stase gastrique, à la palpation pas de tumeur appréciable, pas de dilatation gastrique. Depuis deux mois, aux signes d'une sténose pylorique, sont venus s'ajouter ceux d'une lésion du cardia.

16 février 1901. Laparotomie exploratrice : néoplasme à point de départ pylorique avec envahissement en nappe de toute la face antérieure et des deux courbures.

Jéjunostomie latérale en deux temps.

Ouverture de l'intestin deux jours après au thermocautère.

Bouche continente. On pouvait injecter en une seule fois sans régurgitation un demi-litre de lait.

Amélioration nette : disparition des douleurs, augmentation des forces.

Mort deux mois après intervention.

OBSERVATION XXVII

Souligoux. Rapport de Guinard, Société de chirurgie,
30 mai 1906.

Homme, 60 ans, cachexie extrême, signes d'une sténose cancéreuse du pylore.

Laparotomie exploratrice : Estomac envahi par néoplasme sur ses deux faces. Gastro-entérostomie impraticable. Jéjunostomie en Y avec torsion.

Continence parfaite.

Mort au dixième jour.

OBSERVATION XXVIII

Souligoux. Rapport de Guinard, Société de chirurgie,
30 mai 1906.

Homme, 39 ans. Des vomissements le tourmentent incessamment depuis huit mois.

Maigrissement mais état général pas trop mauvais. Il y avait manifestement un rétrécissement néoplasique de l'œsophage au niveau du cardia.

Laparotomie, 21 février 1905. Gastrostomie impossible : le cardia étant le siège d'un volumineux néoplasme étendu aux faces antérieure et postérieure de l'estomac avec infiltration de la partie supérieure de l'épiploon gastro-hépatique. Jéjunostomie en Y avec torsion.

Fistule continente.

OBSERVATION XXIX

Guinard. Société de chirurgie, 30 mai 1906.

Homme. Cancer étendu de estomac.

Gastro-entérostomie impraticable.

Jéjunostomie en Y.

Mort 48 heures après.

OBSERVATION XXX

Guinard. Société de chirurgie, 30 mai 1906.

Homme. Cancer étendu de l'estomac.

Gastro-entérostomie impraticable.

Jéjunostomie latérale avec torsion.

Fistule continente.

Mort dix jours après.

OBSERVATION XXXI

Walther. Société de chirurgie, 24 février 1904.

Homme, 53 ans. Signes de sténose cancéreuse du pylore. Etat de dénutrition extrême.

Laparotomie, 5 juillet 1903. Néoplasme envahissant la plus grande partie de la face antérieure, de la face postérieure, les ganglions de la petite et de la grande courbure. Il n'y avait pas place pour une gastro-entérostomie. Jéjunostomie latérale en un temps (procédé Kader-Jeannel, méthode de Fontan)

Le résultat fut meilleur que je n'osais l'espérer. Le malade reprit assez rapidement ses forces de sorte que lorsque je quittais mon service le 1^{er} août il commençait à se lever. L'amélioration persista pendant tout le mois d'août et ce n'est que dans la deuxième quinzaine de septembre que la cachexie reprit le dessus.

Mort le 14 octobre, trois mois et onze jours après l'opération.

Au début, continence parfaite, à condition de ne point trop injecter de liquide à la fois.

21 jours après opération il y eut un peu d'incontinence, la sonde à demeure fut enlevée la continence se rétablit et persista jusqu'à la fin.

OBSERVATION XXXII

Riche. Rapport de Schwartz, Société de chirurgie,
10 février 1904.

Homme. cachexie avancée, cancer massif de l'estomac avec

vomissements continus. Jéjunostomie latérale en deux temps.

Mort le lendemain avant qu'on eût ouvert l'intestin.

OBSERVATION XXXIII

Riche. Rapport de Schwartz, Société de Chirurgie,
10 février 1904.

Homme, cachexie externe, cancer très étendu de l'estomac ; jéjunostomie latérale en deux temps. Bouche jéjunale fonctionna de façon satisfaisante pendant 10 jours ; le malade semblait en voie de guérison quand il fut repris d'accidents pulmonaires.

Mort au bout de six semaines.

OBSERVATION XXXIV

Riche. Rapport de Schwartz, Société de Chirurgie,
10 février 1904.

Homme, 44 ans. Douleurs accompagnant l'ingestion des aliments. Depuis trois mois, l'intolérance gastrique est devenue absolue. Tumeur visible à travers la paroi amaigrie.

Laparotomie le 7 février 1903. Cancer massif s'arrêtant nettement au pylore, mais s'étendant à gauche aussi loin qu'on peut voir et toucher. La face postérieure est aussi envahie que l'antérieure ; adhérences en arrière ; ganglions néoplasiques le long de la grande courbure.

Jéjunostomie en Y.

Continence parfaite pour alimentation solide, ou demi-solide elle laisse à désirer lorsqu'on introduit trop de liquide à la fois.

Mort le 27 avril, deux mois et vingt jours après l'opération.

OBSERVATION XXXV

Tuffier. Société de Chirurgie, 17 février 1904.

Femme, 52 ans. Hématémèse violente, mœlena abondant. Douleurs continues, les aliments passent souvent, et vomit seulement des glaires. En tout cas, quand elle rend les aliments, ils sont toujours expulsés dans les dix minutes qui suivent l'ingestion, les vomissements augmentent progressivement. Amaigrissement extrême. Tumeur. A l'exploration de l'œsophage on est arrêté au niveau du cardia.

Laparotomie: Petite courbure, cardia, terminaison de l'œsophage envahies par néoplasme. Les deux faces de l'estomac sont également infiltrées. Gastrostomie impossible.

Duodénostomie. — La malade est nourrie par une sonde introduite dans le duodénum, mais l'introduction du lait est assez difficile, elle ne peut avoir lieu que par 50 à 60 grammes à chaque prise. La malade ne s'alimente que très peu, il s'écoule par la fistule de la bile et un suc grisâtre très irritant pour la peau.

16 novembre 1903. Jéjunostomie en Y, on ne put lui donner que de faibles quantités d'eau et de lait environ toutes les demi-heures car, dès qu'on injectait plus de 100 grammes de liquides la malade était prise d'angoisse et d'anxiété avec dyspnée fort pénible.

Fistule continente. — Mort en décembre, trois semaines environ après l'opération.

OBSERVATION XXXVI

Maydl.

B. A..., 40 ans, homme. Troubles gastriques depuis août 1891. A 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, tumeur volumineuse.

8 décembre 1891. Laparotomie. carcinome, ganglions le long de la grande courbure.

Jéjunostomie (en Y).

Sorti le 23 janvier 1892.

Mort six mois après l'intervention, de cachexie.

OBSERVATION XXXVII

Maydl.

M. Y..., femme, 40 ans. Souffre de l'estomac depuis neuf mois, tumeur au-dessus de l'ombilic.

22 février 1892. Laparotomie, opération radicale impossible à cause d'adhérences avec foie et côlon transverse.

Jéjunostomie en Y.

Variole, passage en médecine le 20 mars ; guérison. En juillet 1892, la malade se fit une fracture de cuisse qui guérit.

Fonctionnement de la fistule irréprochable.

Mort de cachexie le 16 juillet 1893, après dix-sept mois.

OBSERVATION XXXVIII

Maydl.

H. Y..., homme, 52 ans. Cancer de l'estomac adhérent au foie.

Ganglions du hile du foie sont envahis.

Jéjunostomie en Y le 29 juin 1892.

Renvoyé le 17 juillet 1892, augmentation de poids de 4 kilogrammes.

Mort le 15 novembre 1892, quatre mois et demi après intervention.

OBSERVATION XXXIX

Maydl.

K. A..., femme, 32 ans. Dans l'épigastre, tumeur située sur une ligne reliant les dixièmes côtes droite et gauche.

30 septembre 1892. Jéjunostomie en Y, fistule incontinente. Thrombose de la poplitée. Pleuropneumonie, œdème des jambes. Ascite, anasarque.

Mort le 23 décembre 1902, trois mois après intervention.

OBSERVATION XXXX

Maydl.

H... M..., homme, 40 ans, souffre depuis longtemps de l'estomac. Dans l'épigastre, tumeur volumineuse, dure, mobile.

23 janvier 1903. Laparotomie. Carcinome de l'estomac avec noyaux dans le grand épiploon. Jéjunostomie en Y.

Augmentation de poids de 6 kgr. 200.

Renvoyé le 8 avril 1893 en bon état.

Date de la mort inconnue.

OBSERVATION XXXXI

Maydl.

H... B..., femme, 63 ans. Tumeur dure bosselée. Dilatation gastrique énorme.

27 janvier 1893. Laparotomie. Cancer de l'estomac, métastase ganglionnaire. Jéjunostomie en Y. L'extrémité supérieure est fixée au moyen d'une épingle de nourrice.

Le 30 janvier, l'épingle est enlevée, mais dans une quinte de toux, le bout intestinal disparaît dans l'abdomen, on va à sa recherche.

Mort le 31 janvier, de péritonite.

OBSERVATION XXXXII

Maydl.

K... A..., femme, 41 ans. Tumeur dans hypochondre gauche, à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic.

17 novembre 1895. Laparotomie. Cancer de l'estomac, infiltration étendue de la paroi antérieure. Opération radiale impossible. Jéjunostomie en Y.

Augmentation de poids de 2 kgr. 500, ascite.

Mort 17 janvier 1896, de carcinose péritonéale, deux mois après l'intervention.

OBSERVATION XXXXIII

Maydl.

S... A..., homme, 54 ans. Douleurs continues. Tumeur du volume du poing.

Laparotomie le 5 décembre 1896. Cancer du pylore empiétant sur le foie.

Opération radicale impossible. Jéjunostomie en Y.

Diminution de poids. Prolapsus de la muqueuse intestinale.
Suintement.

Vivait au mois d'août 1897, donc huit mois après intervention.

OBSERVATION XXXXIV

Maydl.

V... J..., homme, 45 ans. A noter que sa mère est morte d'un carcinome de l'estomac et son père d'un cancer du foie. Dans l'hypochondre gauche, tumeur dure, mobile.

11 janvier 1896. Laparotomie. Carcinome très étendu. Jéjunostomie en Y.

Augmentation de poids de 3 kilogrammes. Fistule *légèrement incontinente*.

Mort 11 février 1896, après un mois.

OBSERVATION XXXXV

Maydl.

C... Tr..., femme, 43 ans. Tumeur volumineuse.

7 décembre. Laparotomie. Cancer du pylore adhérent au côlon transverse. Jéjunostomie en Y.

Mort le lendemain, dans le collapsus.

OBSERVATION XXXXVI

Maydl.

V... B..., homme, 42 ans. Troubles gastriques anciens. Ictère chronique. Tumeur à droite de la ligne médiane.

8 janvier 1897. Laparotomie. Tumeur adhérente à la paroi

abdominale. Jéjunostomie. *Légère incontinence*. Arthrite aiguë du genou et de l'articulation tibio-tarsienne.

Diminution de poids.

Mort le 22 février, quarante-quatre jours après, de cachexie.

OBSERVATION XXXXVII

Maydl.

T... K..., homme, 50 ans. Souffre de l'estomac depuis dix mois. Tumeur à l'hypochondre droit. Dilatation gastrique très considérable.

16 janvier 1897. Laparotomie. Cancer du pylore adhérent au côlon transverse. Jéjunostomie en Y. Diminution légère de poids.

Vivait au mois de juillet 1897, six mois et demi par conséquent après intervention.

OBSERVATION XXXXVIII

Maydl.

P... J..., femme, 43 ans. Troubles gastriques datant de six mois. Tumeur du volume d'une noix dans l'épigastre. Diarrhées opiniâtres.

1^{er} juin 1897. Laparotomie, narcose générale seulement pour l'incision de la paroi.

Cancer du pylore. Métastase dans le grand épiploon et le mésentère.

Jéjunostomie en Y.

Collapsus. Sérum. La malade se remonte. Nécrose d'une petite partie du bout supérieur de l'intestin.

Augmentation de poids de 1 kilogramme.

Mort en janvier 1897, sept mois et demi après intervention.

OBSERVATION XXXXIX

Maydl.

M... H..., femme, 41 ans. Douleurs d'estomac anciennes. Anémie extrême. Tumeur dans l'hypochondre droit en forme de poire.

23 septembre 1897. Laparotomie. Cancer du pylore. Jéjunostomie en Y.

Mort six jours après de paralysie du myocarde.

OBSERVATION L

Maydl.

J... J..., homme, 31 ans. Tumeur au-dessus de l'ombilic, à 1 centimètre de la ligne médiane, tumeur volumineuse, cachexie extrême, épreuves chimiques en faveur du carcinome.

8 novembre 1897. Laparotomie en Y, bouton de Murphy Pont cutané.

Vit encore le 1^{er} mai 1898, six mois après l'intervention, on constate que la tumeur a presque disparu.

OBSERVATION LI

Maydl.

R. A..., homme, 48 ans. Douleur. Vomissements. Tumeur hypochondre gauche. Epreuves chimiques en faveur du cancer.

27 novembre. Laparotomie. Carcinome de l'estomac. Jéjunostomie en Y, bouton de Murphy. Pont cutané.

Très légère incontinence, suintement, augmentation de poids.

Mort le 9 février 1898, 2 mois et demi après intervention.

OBSERVATION LII

Maydl.

A. H..., femme, 34 ans. Maux d'estomac datant de plusieurs années. Tumeur volumineuse dans l'épigastre.

9 janvier 1898. Laparotomie. Cancer du pylore de la grande courbure et de la paroi postérieure de l'estomac.

Jéjunostomie en Y. *Augmentation de poids* de 6 kilogrammes.

Mort le 8 mars, 8 semaines après opération.

OBSERVATION LIII

Maydl.

Carcinome du pylore et de la grande courbure.

10 décembre 1897. Jéjunostomie en Y.

Mort le 12 décembre de péritonite.

OBSERVATION LIV

Maydl.

J. Ch..., femme, 37 ans. Depuis dernière grossesse, c'est-à-dire depuis 14 mois, troubles gastriques. Tumeur.

17 février 1898. Laparotomie. Cancer du pylore de la petite

courbure et de la face postérieure de l'estomac. Jéjunostomie en Y.

Vit le 1^{er} mai, c'est-à-dire deux mois et demi après opération.

OBSERVATION LV

Maydl.

F. M..., femme, 56 ans. Troubles gastriques. Tumeur dans la région ombilicale volumineuse, épreuves chimiques en faveur du cancer.

19 février 1898. Jéjunostomie en Y.

Diminution de poids de 1 kilogramme.

Sorti le 10 mars, vit encore le 1^{er} mai 1898, soit 2 mois et demi après opération.

OBSERVATION LVI

Maydl.

V. J..., femme, 48 ans. Tumeur de la grosseur d'un œuf de poule.

17 mars 1898. Laparotomie. Cancer du pylore adhérent au côlon transverse, métastases. Jéjunostomie en Y.

Sorti le 5 avril, vit le 1^{er} mai 1898. Un mois et demi après opération.

OBSERVATION LVII

Maydl.

H. J..., homme 65 ans. Souffre depuis 9 mois. Tumeur située en arrière de l'estomac.

30 mars 1898. Laparotomie. Cancer du pancréas ayant envahi jéjunum.

Jéjunostomie en Y.

Vit le 1^{er} mai 1898.

OBSERVATION LVIII

Maydl.

K. J..., 48 ans. Souffre de l'estomac. Vomissements, amaigrissement. Tumeur à 9 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. Hypochlorhydrie.

13 juin 1898. Laparotomie. Tumeur prépylorique. Ganglions dans le ligament gastro-hépatique. Jéjunostomie en Y, bouton de Murphy. *Augmentation de poids*, Sort le 13 juillet en bon état.

OBSERVATION LIX

Maydl.

M. E..., 31 ans. Entre à l'hôpital le 30 janvier 1899. Depuis mai 1898, souffre de l'estomac. Vomissements. Tumeur à gauche de la ligne médiane du volume d'un œuf de poule.

23 février 1899. Jéjunostomie en Y. Bouton de Murphy.

Sort le 25 mars *amélioré*.

OBSERVATION LX

Maydl.

S. F..., 31 ans. Douleur, vomissements, intolérance gastrique. Tumeur, pas d'acide chlorhydrique.

17 mai 1899. Jéjunostomie en Y, bouton de Murphy.

Mort 6 semaines plus tard.

Autopsie : Carcinome ulcéré de l'estomac adhérent au foie et colon transverse.

OBSERVATION LXI

Maydl.

S. A., 45 ans. Entre à l'hôpital le 1^{er} juin 1899. Souffre depuis 14 ans. Douleurs, vomissements, pas d'hématémèses, pas de mœlena. Tumeur, pas d'H. c. l.

5 juillet 1899. Laparotomie. Tumeur pylorique très étendue. Ligament hépato-gastrique infiltré.

Jéjunostomie en Y. Bouton de Murphy.

Légère incontinence.

Sort de l'hôpital amélioré.

OBSERVATION LXII

Maydl.

H. A., 49 ans. Entre à l'hôpital le 15 janvier 1900. Souffre de l'estomac depuis 1896.

30 janvier 1898. Résection du pylore.

10 octobre 1899. Souffre à nouveau, on sent une tumeur du volume d'un œuf de poule, pas d'H. c. l.

3 février 1900. Laparotomie. Tumeur pylorique récidivée adhérente à la paroi postérieure. Jéjunostomie en Y, sans bouton.

Sort de l'hôpital amélioré.

OBSERVATION LXIII

Eiselberg. In Lempp.

Homme, 40 ans, opéré le 12 juillet 1896. Estomac pris en totalité. Jéjunostomie (procédé de Witzel-Eiselberg).

Mort 7 semaines après opération. Cachexie

Fistule continente.

OBSERVATION LXIV

Eiselberg.

Homme 53 ans. Souffre depuis 6 mois. Tumeur à l'épigastre, ascite, pas d'acide chlorhydrique, 27 octobre 1897. Opération : Carcinome du pylore, petite courbure et paroi postérieure de l'estomac. Jéjunostomie (Eiselbert-Witzel).

Mort 8 jours après, gangrène du poulmon.

OBSERVATION LXV

Eiselberg. In Lempp.

Homme, 35 ans, opéré octobre 1897, pour carcinome du pylore. *Gastro-entérostomie*. Bon résultat pendant neuf mois. Puis réapparition des signes de sténoses.

2 mars 1898. Laparotonie. Cancer étendu sur anastomose gastro-intestinale. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg), *fistule continente*.

Mort 42 jours après.

OBSERVATION LXVI

Eiselberg. In Lempp.

Femme, 48 ans, souffre depuis neuf mois.

Dans épigastre, tumeur. Pas HCl. Opérée le 16 juillet 1898. Carcinome étendue, petite courbure, paroi antérieure et postérieure. Jéjunostomie (Eiselberg-Wilzel).

Fistule fonctionne assez bien pendant neuf semaines. Se ferme spontanément.

A partir de l'opération, plus de douleurs, plus de vomissements.

Mort 5 mois après.

OBSERVATION LXVII

Eiselberg. In Lempp.

Homme, 46 ans. Il y a quatre mois et demi, apparition d'une tumeur dans hypochondre gauche. Depuis six semaines, dysphagie. Pas HCl. Carcinome de l'estomac et du cardia.

Le 3 mai 1899. Laparotomie. Tout l'estomac est envahi, le pyllore est sain. Jéjunostomie. Procédé de Maydl (bouton de Murphy). (Le malade mâche la viande, la crache dans un entonnoir et la fait passer dans la fistule avec du lait). *Augmentation de 1 kilogramme* dans cinq semaines. Fistule pas tout à fait continente. *Douleurs et vomissements devenus très rares.* Mort 77 jours après intervention.

OBSERVATION LXVIII

Eiselberg. In Lempp.

Femme, 31 ans. Sténose du pylore. *gastro-enter-postérieure*.

Trois mois après, *douleur, amaigrissement*, tumeur sensible dans épigastre. Laparotomie le 8 juin 1899. Gastro-entérostomie perméable. Pylore adhère au foie.

Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel). Sortie seize jours après.

Fistule continente. Mort 5 mois après.

OBSERVATION LXIX

Eiselberg. In Lempp.

Homme, 42 ans. Souffre depuis neuf mois. Vomissements dans épigastre, résistance irrégulière. Hypochlorhydrie, hématomèses, mælena.

Le 28 juin 1899. Laparotomie grosse. Tumeur petite courbure et cardia.

Jéjunostomie (procédé de Maydl, bouton de Murphy). Absès de la paroi, il s'écoule du sang par la fistule.

Mort après 2 jours.

Autopsie : Carcinome de petite courbure et cardia, absès de la paroi, péritonite purulente. Sang dans estomac.

OBSERVATION LXX

Proust. In Lempp.

Homme, 50 ans. Vomit depuis six mois, depuis quatre mois, dysphagie. Amaigrissement. Rénitence dans épigastre. Sonde

œsophagienne bute sur obstacle à 39 centimètres de l'arcade dentaire.

Le 17 août 1899. Laparotomie. Estomac retractoré, infiltré en totalité, impossibilité d'attirer l'estomac.

Jéjunostomie (Eseilberg-Witzel). Delirium tremens, pneumonie.

Mort 7 jours après opération.

OBSERVATION LXXI

Labhardt. In Lempp.

Homme, 41 ans. Souffre de l'estomac depuis neuf mois.

Vomissements, amaigrissement. Cachexie. tumeur épigastre. Repas d'épreuve, pas HCl. Vomissements fécaloïdes (communication de estomac et colon).

Opération le 20 février 1900. Anesthésie locale. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel). Plus de vomissements fécaloïdes. Fistule continente.

Mort 77 jours après opération.

OBSERVATION LXXII

Bunge. In Lempp.

Femme, 40 ans. Douleurs, vomissements, amaigrissement. Tumeur volumineuse.

Laparotomie, 8 mai 1900. Carcinome, petite courbure. Pylore. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg).

Fistule continente au début mais vers la fin ne fut pas tout à fait continente. Plus de douleur, mais encore vomissements.

Mort 65 jours après opération.

OBSERVATION LXXIII

Eiselberg.

Femme, 45 ans. Cancer du pylore.

5 décembre 1898. Résection pylorique. Pendant seize mois, plus de douleurs mais depuis un mois les douleurs et les vomissements ont fait à nouveau apparition, on sent une tumeur. Récidive.

16 mai 1900. Laparotomie. Tumeur du volume du poing adhérente à la paroi abdominale, ascite. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel).

Fistule continente. Plus de vomissements.

Diminution légère de poids.

Mort 36 jours après.

OBSERVATION LXXIV

Eiselberg. In Lempp.

Homme 34 ans. Depuis quatre mois douleurs, amaigrissement, paleur, tumeur dans l'épigastre. Syncopes fréquentes.

Le 13 juin 1900. Laparotomie. Estomac adhérent à paroi abdominale. Jéjunostomie (Eiselberg, Witzel). *Vomissements fréquents, diminution de poids, fistule continente.* Mort 37 jours après opération.

OBSERVATION LXXV

Kirstein. In Lempp.

Homme, 43 ans. Depuis trois ans, troubles gastriques.

Douleurs, vomissements, hématuries. Dysphagie, depuis

trois mois il ne peut avaler que des liquides : amaigrissement, ascite, tumeur dans l'hypochondre gauche, volumineuse, irrégulière, bosselée. Le foie est sensible et dur.

Le 21 juin 1900. Laparotomie. Ascite, métastase au péritoine pariétal et viscéral. Grand épiploon transformé en tumeur dure et rétractée. Le cardia est occupé par le carcinome. Le pylore est fixé au foie. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel).

Mort le cinquième jour.

OBSERVATION XXXVI

Bunge. In Lempp.

Homme. Depuis huit semaines, douleurs, vomissements. Dans l'épigastre, tumeur diffuse. Hypochondre.

Le 18 septembre 1900. Laparotomie.

Tumeur pylorique s'étendant sur grande courbure, grand épiploon, ganglions.

Jéjunostomie (Witzel). Le treizième jour, les sutures sont enlevées, dehiscence de la cicatrice. Fistule continente. Suture secondaire sans succès.

Le 23 octobre. La paroi est ouverte, résection de l'anse portant la fistule. Excision des bords de la plaie.

Deuxième jéjunostomie (Witzel-Eiselberg), suture de la paroi à quatre étages. Absès sous-cutané. *Fistule continente*.

Mort 50 jours après la deuxième jéjunostomie.

Autopsie : cancer de l'estomac, absès sous-phrénique, métastase pleurale, hépatique et ganglionnaire.

OBSERVATION LXXVII

Eiselberg. In Lempp.

Homme 29 ans. Depuis trois ans, douleurs après manger, aggravation. Hématémèses, mœlena. Dysphagie. Tumeur dans l'épigastre.

Le 15 octobre 1900. Laparotomie. Estomac fixé en arrière. La petite courbure est occupée par une tumeur bosselée. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel). Pleurésie hémorragique. *Fistule continente*.

Mort 50 jours après opération.

OBSERVATION LXXVIII

Eiselberg. In Lempp.

Homme 57 ans. Depuis un an, troubles gastriques, vomissements, amaigrissement, résistance épigastrique. Hypochlorhydrie.

Le 11 décembre 1900. Laparotomie, anesthésie locale. Carcinome du pylore, infiltration de la paroi antérieure jusqu'au cardia. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel).

Mort le sixième jour, péritonite purulente.

OBSERVATION LXXIX

Bunge. In Lempp.

Homme, 29 ans. *Gastro-entérostomie*. Le 19 septembre 1900.

Amélioration, augmentation de poids. *Bientôt douleurs*, aggravation, tumeur épigastrique. Stase de 800 centimètres cubes. Hypochlorhydrie.

Le 14 décembre 1900. Laparotomie. Tumeur pylorique englobant l'anastomose gastro-intestinale. Métastase multiple. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel).

Mort 23 jours après.

Autopsie : carcinome pylorique étendu. Péritonite cancéreuse. Pleurésie diaphragmatique. Métastase hépatique.

OBSERVATION LXXX

Bunge. In Lempp.

Homme 43 ans. Depuis un an souffre de l'estomac, pas de vomissement, pas de tumeur. Hypochlorhydrie, mœlena. Laparotomie.

Le 22 janvier 1901. Estomac petit, tumeur pylorique adhérente au foie et au pancréas, métastase ganglionnaire. On ne peut pas attirer l'estomac.

Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel). Le lendemain, vomissement d'un litre et demi d'un liquide mélangé de sang.

Mort 36 heures après opération.

(Hémorragie ou péritonite), pas d'autopsie.

OBSERVATION LXXXI

Eiselberg. In Lempp.

F..., 38 ans. Depuis neuf ans, souffre de l'estomac.

Depuis cinq ans, vomissements. Traitement médical reste sans résultat. Amaigrissement. Tumeur région ombilicale.

Le 9 janvier 1901. Laparotomie, ouverture d'un abcès (pus et gaz).

Le 2 février 1901. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg).

Mort deux semaines plus tard.

Autopsie : carcinome pylore, métastase ganglionnaire, adhérence à paroi abdominale antérieure. Thrombose de veine iliaque, fémorale, rénale gauches. Endocardite.

OBSERVATION LXXXII

Stieda. In Lempp.

Homme, 55 ans. Troubles gastriques depuis un an et demi, pas de vomissements, amaigrissement, tumeur dans l'épigastre.

Le 12 avril 1901. Laparotomie. Tumeur adhérente partout. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel).

Fistule continente. — Le malade rentre chez lui et s'alimente par la bouche, mais *les douleurs surviennent à nouveau.*

Mort 116 jours après l'opération.

OBSERVATION LXXXIII

Stieda. In Lempp.

Homme 48 ans. Depuis vingt ans, dyspepsie. Douleurs vives depuis quatre mois, hypochorhydrie.

Le 13 avril 1901. Laparotomie. Cancer de l'estomac, volume du poing, métastase ganglionnaire. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel).

Mort le sixième jour, péritonite purulente.

OBSERVATION LXXXIV

Stieda. In Lempp.

Homme, 52 ans. Maux d'estomac, amaigrissement, résistance sensible à la pression dans la région épigastrique.

Le 15 avril 1901. Laparotomie, anesthésie locale, on trouve à la partie antérieure de l'estomac une cicatrice étoilée qui s'étend vers la petite courbure où siège une tumeur. Le pylore est libre. Jéjunostomie (Witzel-Eseilberg). Malade quitte le service dix-neuf jours après.

Pendant six mois, nourriture exclusive par fistule. *Pas de douleurs, pas de vomissement. Fistule continente. A partir du septième mois alimentation par bouche, la fistule se ferme spontanément, alors apparaissent des douleurs, des vomissements* qui persistent jusqu'à la mort qui survient le deux cent quaranté-huitième jour après opération.

OBSERVATION LXXXV

Bunge. In Lempp.

Homme, 64 ans. Douleurs, troubles gastriques, pas de vomissements, amaigrissement, tumeur diffuse et douloureuse dans région épigastrique, hypochlorhydrie. Le 17 avril 1901, laparotomie. Estomac petit. A la petite courbure et au pylore une tumeur adhérente, au foie et au pancréas, ganglions nombreux. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg).

Mort, péritonite par perforation, 27 jours après opération.

OBSERVATION LXXXVI

Eiselberg. In Lempp.

Femme, 66 ans. Souffre de l'estomac depuis plus d'un an. Malgré traitement médical, douleurs continuent, vomissements apparaissent, amaigrissement, tumeur dans épigastre. Hypochlorhydrie. Le 24 juin 1901, laparotomie : estomac infiltré en entier. Il est impossible d'attirer l'estomac. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg).

Mort 6 jours après, broncho-pneumonie.

OBSERVATION LXXXVII

Friedlaender. In Lempp.

Homme, 39 ans. Sténose pylorique : gastro-entérorétro-colique. Bouton de Murphy.

Amélioration, augmentation de poids considérable, mais depuis six mois, douleurs et amaigrissement.

Le 20 septembre 1901. Laparotomie : carcinome pylorique très étendu, orifice de gastro-entérostomie presque fermé. Jéjunostomie (Albert). *Fistule incontinente*.

Mort 15 jours après.

OBSERVATION LXXXVIII

Eiselberg. In Lempp.

Homme, 58 ans. Troubles gastriques anciens. Plusieurs poussées d'ictère. Hypochlorhydrie. Dans épigastre, tumeur sensible à la pression, 39°4 de température, ictère, frissons.

Le 17 janvier 1902. Laparotomie : l'estomac est presque en entier occupé par tumeur dure, nodosité dans le foie, adhérences nombreuses qui saignent beaucoup au cours de l'intervention. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg). Tamponnement à cause d'hémorragie.

Le huitième jour, dehiscence de la plaie.

Mort de péritonite purulente, dixième jour après opération.

OBSERVATION LXXXIX

Eiselberg. In Lempp.

Femme, 56 ans. Depuis sept mois, douleurs, vomissements, amaigrissement, tumeur dure et irrégulière dans épigastre, stase.

Laparotomie : carcinome très étendu de l'estomac. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel).

Diminution de poids de 1 kilogramme et demi. *Persistence des douleurs et des vomissements.* La sonde est enlevée, la fistule se ferme spontanément.

Mort un mois et demi après opération.

OBSERVATION XC

Eiselberg. In Lempp.

Homme, 41 ans. Depuis neuf mois, douleurs. Mœlena, aggravation depuis quelques temps, malgré traitement médical. Tumeur région épigastrique. Hypochlorhydrie.

Le 19 février 1902. Laparotomie : foie gros et dur, estomac petit fixé en arrière, tumeur siège petite courbure. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel). *Fistule continente.*

Mort quatre semaines après.

Autopsie : carcinome, adhérences au pancréas, métastase hépatique, ganglionnaire. Ascite, hydrothorax.

OBSERVATION XCI

Eiselberg.

Homme, 30 ans. Maux d'estomac. Il y a trois mois, vomissement de sang abondant à trois reprises. Glace, repos, régime lacté. Amélioration. Bientôt hématémèses réapparaissent.

Repas d'épreuve. Rétention, pas Hcl, mais acide lactique.

Tumeur épigastrique. Le 3 mars 1902, laparotomie. Tumeur pylorique du volume d'une pomme. Dilatation gastrique. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg).

Deuxième jour, vomissements fécaloïdes, on suppose une coudure ; seconde laparotomie : on constate une coudure du jéjunum. La fistule est trop haut placée. On refait une deuxième jéjunostomie.

Mort huit jours après deuxième intervention, péritonite purulente.

OBSERVATION XCII

Eiselberg. In Lempp.

Homme, 37 ans. Depuis un an : douleurs, vomissements. Amaigrissement, cachexie, tumeur dans hypochondre gauche. Hypochlorhydrie.

Le 28 avril 1902, jéjunostomie (Witzel-Eiselberg).

Plus de douleurs, plus de vomissements.

Fistule continente.

Mort trente-sept jours après opération. Perforation de l'estomac au niveau du carcinome ; péritonite purulente.

OBSERVATION XCIII

Clermont.

Femme, 40 ans. Depuis 14 mois, douleurs, vomissements, amaigrissement. Tumeur dans région épigastrique. Le 21 août 1902 : Laparotomie, tumeur de la petite courbure, s'étendant sur la paroi postérieure de l'estomac. Jéjunostomie (W. E.).

Amélioration notable, fistule pas tout à fait continente.
Mort 103 jours après.

OBSERVATION XCIV

Eiselberg.

Femme, 41 ans. Carcinome du pylore.

Résection du pylore (Billroth n° 1).

Amélioration. Trois mois plus tard : Douleurs, vomissements. Récidive : tumeur immédiatement au-dessous de la cicatrice.

Laparotomie le 28 septembre 1902.

Jéjunostomie (W. Eiselberg.). Malade montre des signes d'aliénation mentale. Mort 79 jours après opération.

OBSERVATION XCV

Laurens.

Homme, 50 ans. Depuis huit mois, troubles gastriques, douleurs, vomissements, amaigrissement. Bord antérieur du foie dur, irrégulier. Pas de tumeur perceptible. Hypochlorhydrie.

Le 2 octobre 1902. Laparotomie : tumeur à la petite courbure. pylore, paroi postérieure, noyaux dans le foie, ganglions, ascite. Jéjunostomie (W. E.).

Fistule continente. Vomissements purulents. Mort 25 jours après.

OBSERVATION XCVI

Eiselberg. In Lempp.

Homme, 35 ans, depuis 9 mois, douleurs, vomissements, amaigrissement. Hypochlorhydrie. Résistance épigastrique. Laparotomie. Tumeur pylorique s'étendant sur petite courbure et jusqu'au cardiâ. Jéjunostomie (W. E.). *Plus de douleurs; plus de vomissements, fistule continente, augmentation de poids, l'alimentation buccale est reprise au bout de trois mois, les douleurs et les vomissements réapparaissent aussitôt.*

Mort 146 jours après opération.

OBSERVATION XCVII

Laurens.

Homme, 59 ans. Il y a deux ans, douleurs, vomissements, amaigrissement : *Gastro-entérostomie*. Amélioration. *Trois mois plus tard*, réapparition des douleurs et des vomissements, cachexie extrême, tout épigastre sensible à la pression. Foie rempli de noyaux, hypochlorhydrie. Le 4 mars 1903. Jéjunostomie (Witzel Eiselberg). Anesthésie locale. *Plus de douleurs, plus de vomissements. Mort 18 jours après opération.*

OBSERVATION XCVIII

Clermont.

Homme 54 ans. Depuis deux ans, douleurs, vomissements, amaigrissement, tumeur volumineuse dans l'épigastre, hypochlorhydrie. Le 16 mai 1903. Laparotomie : estomac pris en totalité.

Jéjunostomie (Eis. W.). *Amélioration* pendant quatorze jours, puis vomissements fétides.

Mort 29 jours après opération.

OBSERVATION XCIX

Haberer.

Homme. 45 ans. Depuis trois mois, douleurs gastriques et vomissements, amaigrissement, pâleur. Dans l'épigastre, tumeur dure, stase, hypochlorhydrie. Le 6 août 1903. Laparotomie : tumeur pylorique, s'étendant sur la paroi antérieure de l'estomac. Jéjunostomie (Eiselb. Wit.). *Fistule continente, plus de douleurs, plus de vomissements.* Après le quarantième jour, quelques vomissements. Cachexie.

Mort 64 jours après opération.

OBSERVATION C

Rantzi.

Femme, 59 ans. Depuis sept ans, troubles gastriques, digestions difficiles. Nausées, vomissements, alternative de diarrhée et de constipation. Mœlena depuis sept mois.

Tumeur épigastrique. Le 18 août 1903.

Laparotomie : tumeur du pylore s'étendant sur la paroi antérieure jusqu'au cardia. Ascite.

Jéjunostomie (Eis. Wit.). *Pas d'améliorations. Les douleurs et les vomissements persistent.*

Fistule continente.

Mort 93 jours après opération.

OBSERVATION CI

Clermont.

Homme, 31 ans. Depuis cinq mois, troubles digestifs : douleurs, vomissements, amaigrissement, stase : deux litres, hypochorhydrie. Le 16 septembre 1903. Laparotomie. Cancer pylorique envahissant la paroi antérieure et s'étendant jusqu'au cardia. Ganglions du hile du foie pris. Jéjunostomie (E. W.).

Mort le quatrième jour de péritonite.

OBSERVATION CII

Clermont.

Femme, 49 ans. Depuis trois ans, maux d'estomac.

En juin, 10 hématomèses. Mœlena, amaigrissement, tumeur épigastrique bosselée, pas de rétention. La veille de l'opération hématomèse et mœlena. Le 3 octobre 1903. Jéjunostomie (W. E.). Mort le lendemain de péritonite.

OBSERVATION CIII

Rantzi.

Homme, 41 ans. Depuis trois mois, douleurs d'estomac, ictère depuis trois semaines, amaigrissement de 20 kilogrammes.

Tumeur épigastrique. Le 19 décembre 1903: Jéjunostomie (Witz. Eis.). Mort douze heures après, par embolie.

Autopsie: Carcinome du pancréas. Ganglions.

OBSERVATION CIV

Cackovic.

Limite plastique de Brinton.

A. H..., 36 ans. Souffre depuis un an de troubles digestifs: Douleurs, vomissements, diarrhée.

Les vomissements deviennent journaliers. Amaigrissement de 20 kilogrammes en un mois. Tumeur à droite de la ligne médiane.

4 juillet 1900. Laparotomie, estomac petit mais normal comme forme. Parois très épaissies. La tumeur que l'on sentait est représentée par l'épiploon adhérent. Impossibilité d'enlever tout l'estomac, gastro-entérostomie impraticable.

Jéjunostomie à la Surmay. Fistule *incontinente*.

Mort sept jours plus tard, cachexie.

OBSERVATION CV

Cackovic.

S. P..., souffre de l'estomac depuis plusieurs mois. Au début, douleurs quelques heures après les repas, puis immédiatement après toute ingestion alimentaire. Il ne peut manger que très peu à la fois, s'il augmente la dose il rejette immédiatement, pas d'hématémèses, amaigrissement.

Laparotomie le 10 mai 1901. Carcinome diffus. Linite plastique. Jéjunostomie.

(Albert, bouton de Murphy). *Fistule incontinente.*

Mort sept jours plus tard, de pneumonie.

OBSERVATION CVI

Eiselberg.

Femme, 57 ans. Cancer de l'estomac, perforation. Le 2 novembre 1904.

Laparotomie: Lavage au sérum, suture de la perforation.

Jéjunostomie (W. E.).

Cessation des symptômes de la péritonite.

Le onzième jour, signe de péritonite aiguë.

Deuxième laparotomie: péritonite généralisée, nouvelle perforation. Mort.

OBSERVATION CVII

Robson.

Femme, 46 ans. Souffre de l'estomac et vomit cinq à six fois par jour. Hématémèses marc de café. Tumeur épigastrique.

16avril 1904. Laparotomie. Cancer diffus de l'estomac.

Impossibilité de faire la gastrectomie ou gastro-entérostomie.

Jéjunostomie, procédé spécial. *Plus de vomissements, plus de douleur. L'estomac devient tolérant.* Amélioration très notable, augmentation de poids. Survie d'un an.

Mort, de généralisation.

OBSERVATION CVIII

Maragliano-Krause.

H. R..., 38^{ans}. Carcinome pylorique sténosant.

Réssection du pylore (Billroth 2), le 24 décembre 1902. Guérison opératoire, amélioration, augmentation de 16 livres, aspect florissant; excellent état jusqu'en 1903. A partir de ce moment, douleurs et vomissements. Tumeur épigastrique. *Récidive.*

Laparostomie. Anastomose perméable. Jéjunostomie Witzel-Eisberg. Guérison opératoire, *fistule continente*. La malade ayant appris qu'elle ne devait plus se passer de la sonde, l'enleva, préférant mourir.

Vingt jours plus tard, mort, péritonite par perforation.

OBSERVATION CLX

Henle-Scholz.

S. J..., 48 ans. Depuis trois ans, douleurs gastriques, pas d'hématémèses, pas de mœlena. Depuis six mois, dysphagie et vomissements. Tumeur sous arc costal gauche. Sonde œsophagienne arrêtée à 38 centimètres de l'arcade dentaire.

Laparotomie le 13 décembre 1897. Carcinome étendu de l'estomac. Jéjunostomie (W. E.).

Mort le 18 décembre, carcinome de l'œsophage et de l'estomac.

OBSERVATION CX

Scholz-Mikulicz.

A. K..., 41 ans. Depuis un an, douleurs et vomissements. Aggravation, amaigrissement notable, à la palpation on ne sent pas de tumeur. Laparotomie: tumeur pylorique étendue, adhérences profondes, métastases.

Jéjunostomie (W. E.). Mort quarante huit jours après.

OBSERVATION CXI

Henle-Scholz.

Z. J..., 55 ans. Depuis quelques mois, troubles digestifs, puis dysphagie, douleurs et vomissements survenant cinq à six minutes après prise de nourriture. Amaigrissement et faiblesse extrême. Au-dessous de l'arc des côtes gauches, on sent une tumeur dure qui s'étend dans l'épigastre à deux doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Le 10 juillet 1897. Laparotomie, tumeur très étendue. Jéjunostomie (W. E.). Amélioration.

Mort le 14 octobre, trois mois après, cachexie.

OBSERVATION CXII

V. Kader-Scholz.

J. K..., 40 ans. Dysphagie très marquée depuis trois semaines. Amaigrissement, sonde œsophagienne arrêtée à 38 centimètres des arcades dentaires.

Le 23 juin 1897. Laparotomie : estomac ratatiné occupé aux trois quarts par le néoplasme.

Jéjunostomie (Kader). Mort le lendemain.

OBSERVATION CXIII

Mikulicz Scholz.

F..., 52 ans, depuis 4 mois, vomissements, amaigrissement.

2 mars 1897. Laparotomie. Carcinome pylorique sténosant. Dilatation gastrique. *Réséction du pylore*. Faiblesse extrême du malade. Inanition malgré lavements alimentaires et sérum.

9 mars. Jéjunostomie (E.-W.). Mort le soir même.

Les sutures de l'estomac n'avaient pas tenu.

OBSERVATION CXIV

Henle-Scholz.

K..., 38 ans. Depuis quelques mois douleurs, vomissements, amaigrissement. Tumeur épigastrique.

Le 11 mars 1897. Laparotomie. Cancer du pylore.

Réséction (Billertoh 2). Tamponnement à la Mikulicz. Lavements alimentaires, alimentation buccale. Le pansement est mouillé par un liquide aigre et bilieux, la suture n'a pas tenu. Jéjunostomie d'après Kader. Mort 9 jours plus tard de péritonite.

OBSERVATION CXV

(Moynihan.)

H..., 45 ans. Cancer total et massif de l'estomac. Jéjunostomie (E.-W.). Mort rapide.

OBSERVATION CXVI

(Moynihan.)

H..., 73 ans. Cancer massif de l'estomac. 27 mai, jéjunostomie (E.-W.). Mort 3 juillet, trente-quatre jours après opération.

OBSERVATION CXVII

(Wikerhauser.)

Atrophie totale carcinomateuse de l'estomac. Jéjunostomie latérale simple. Mort huit jours plus tard de péritonite.

OBSERVATION CXVIII

(Arce.)

Cancer très étendu de l'estomac. Jéjunostomie latérale simple en un temps. Fistule continente. Mort cinquante jours plus tard.

OBSERVATION CXIX

(Arce.)

Cancer très étendu de l'estomac. Jéjunostomie latérale simple en un temps. Fistule continente. Mort quinze jours après l'intervention.

OBSERVATION CXX

(Jonnesco.)

Cancer très étendu de l'estomac. Jéjunostomie en Y. Mort un mois après.

OBSERVATIONS CXXI à CXXVII

(Kelling.)

Cancers de l'estomac. Jéjunostomie en Y avec modification à la Kelling. Fistules continentales. Une mort rapide (10^e jour accidents alcooliques) survie de plusieurs mois dans les autres cas ; une survie de neuf mois et dix jours.

OBSERVATIONS CXXVIII et CXXIX

(Alsberg.)

Cancers de l'estomac. Jéjunostomie (E.-W.). Mort après huit et dix semaines.

II

Observations de jéjunostomies pour ulcères.

OBSERVATION I

Qenu, Société de Chirurgie, 17 février 1904.

*Ulcère de l'estomac. Gastro-entérostomie. Jéjunostomie
secondaire.*

Homme. Sténose pylorique cicatricielle, consécutive à un ulcère simple du pylore. Dilatation énorme de l'estomac, gastro-entérostomie antérieure. Dix-huit mois après, quelques vomissements et régurgitations acides, pas de douleurs. En 1901, les douleurs apparaissent. En janvier 1902 j'observe une tumeur dure de la paroi abdominale et je refais une gastro-entérostomie antérieure en Y cette fois après avoir extirpé tout l'ulcère peptique qui se propageait jusque dans l'épaisseur de l'abdomen droit.

Pendant six mois les choses allèrent très bien, puis le malade recommença à souffrir.

Devant la persistance des douleurs, l'impossibilité de soulager le malade, son amaigrissement, je pensai qu'on pourrait peut-être améliorer sa situation en faisant l'exclusion complète de l'estomac.

27 juin 1903. Jéjunostomie en Y.

Les jours qui suivent l'opération, malgré que le lait soit injecté à petites doses, dans le bout intestinal, le malade présente

de l'incontinence de sa bouche jéjunale. Cette incontinence porte à la fois sur les liquides, introduits et sur la bile.

L'incontinence est d'ailleurs intermittente, l'état général s'améliore peu à peu.

Les douleurs ont disparu *dès le jour* de l'opération, le poids qui était de 46 kgr. 850 est actuellement de 51 kgr. 800.

La bouche jéjunale est réduite, mais pourrait admettre un crayon.

(Malade aujourd'hui en bonne santé, la fistule persiste toujours.)

OBSERVATION II

Maydl.

J. J..., 31 ans. Souffre de l'estomac depuis plusieurs mois, anémie, pas d'hypochlorhydrie, tumeur.

8 novembre 1897. Jéjunostomie en Y, bouton de Murphy.

Sort de l'hôpital le 23 novembre.

Le 1^{er} mai 1898, on constate que la tumeur a disparu, le malade a augmenté de 11 kilogrammes.

L'alimentation buccale est reprise de temps en temps sans accidents.

En août 1898, on ferme la fistule, l'opéré se marie, *mange de tout, ne souffre plus*.

OBSERVATION III

Maydl.

K. T..., femme, 36 ans, souffre de l'estomac et vomit du sang depuis 1897. En octobre 1898, une tumeur épigastrique apparaît.

En mai 1899, l'état s'aggrave, la malade vomit tout ce qu'elle prend. Mœlena. Hématémèses.

Entre à l'hôpital le 9 novembre 1899. Tumeur volumineuse. Hypo-acidité.

18 novembre 1899. Laparotomie. Le grand épiploon est adhérent à la paroi. Jéjunostomie en Y. Le 25 janvier, la malade quitte l'hôpital, a augmenté d'un kilogramme. Pendant 6 mois, la malade se nourrit exclusivement par sa fistule. *Elle essaye ensuite* de reprendre l'alimentation buccale, *mais nouvelle attaque* de douleurs.

Pendant six mois elle eut encore recours exclusivement à sa fistule. Nouvel essai, en novembre 1900, d'alimentation buccale, qui n'eut pas de conséquence fâcheuse.

Le 11 mars 1902, on ne sent plus de tumeur.

Augmentation de 12 kilogrammes.

Le 14 mars, on ferme la fistule.

OBSERVATION IV

Maydl.

A... W..., homme, 48 ans. Les accidents gastriques datent de dix-huit ans. Constipation, mœlena, il y a six semaines, vomissement de sang, 1 litre environ.

Entre le 31 janvier 1899. Teint jaune paille. On sent une petite résistance à la région épigastrique. Dilatation gastrique. Hyperchlorhydrie.

23 février 1899. Laparotomie. Tumeur de la petite courbure. Estomac en sablier. Jéjunostomie.

Mort par péritonite.

OBSERVATION V

Maydl.

A... H..., homme, 44 ans. Souffre de l'estomac depuis huit semaines. Tumeur sous les fausses-côtes gauches.

Entre le 18 août 1901. Tumeur de 5 centimètres de circonférence.

26 août. Laparotomie. La tumeur occupe la paroi postérieure de la petite courbure et adhère au foie. Jéjunostomie en Y bouton de Murphy.

Le malade s'alimente par la fistule exclusivement, augmente d'un kilogramme et quitte l'hôpital le 21 septembre.

OBSERVATION VI

Maydl.

A... H..., homme. Souffre depuis de longues années. Vomissements, rénitence épigastrique.

Le 20 septembre 1900. Laparotomie. On ouvre l'estomac. Perforation stomacale faisant communiquer la cavité gastrique avec la Bursa omentalis.

Il est vraisemblable qu'on se trouve en présence d'un vieil ulcère à bords épais et nets.

Jéjunostomie en Y. *La fistule fonctionne d'une façon irréprochable. Les douleurs disparaissent.*

En avril 1901, le malade commence à prendre quelque nourriture par la bouche, mais les douleurs apparaissent, reprise de nourriture exclusivement par la fistule. La tumeur disparaît tout à fait.

En septembre 1901. Pleurésie gauche. Diarrhée.

Mort en octobre 1901. Tuberculose pulmonaire et intestinale.

OBSERVATION VII

Y. KONTAKIS

Maydl.

J... N..., homme, 56 ans. L'affection date de quatorze ans. Vomissements, douleurs quatre à six heures après les repas. Dilatation gastrique. Hématémèses noires. Amaigrissement rapide, mœlena. Deux fois collapsus suite d'hémorragie abondante combattue par sérum et lavements alimentaires.

Induration à la région épigastrique, hyperchlorhydrie.

11 juin 1902. Laparotomie. Induration dans la paroi antérieure de l'estomac. Jéjunostomie en Y. Augmentation légère de poids.

En 1903, toute résistance a disparu. L'alimentation buccale se fait sans accident et l'opéré réclame la fermeture de la fistule, en donnant pour raison qu'il a mangé, la nuit de Noël, deux poissons et une portion de lièvre.

OBSERVATION VIII

Y. EISELBERG

Femme, 26 ans. Il y a deux ans, douleurs, crampes, vomissements, pas d'hématémèse, mais mœlena. Malgré traitement médical, pas d'amélioration.

Depuis un an, fréquentes hématémèses.

Le 23 janvier 1903. Laparotomie. Le pylore est augmenté de volume, on ne sent ni ulcère, ni callosité. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg). Plus de vomissements au début, mais vomissements et hématémèses réapparaissent.

Le 5 mars 1903. Laparotomie. Estomac petit. On ne peut

pas trouver d'ulcère. On défait le jéjunum de la paroi et on suture la fistule. Gastro-entérostomie rétro-colique (pas d'indication).

OBSERVATION IX

Clermont.

Femme, 21 ans. Depuis plusieurs années, douleurs vives-crampes, traitement médical sans résultat. *Gastro-entérostomie. Pas de résultat durable.*

Trois semaines après, les douleurs réapparaissent, de même les hématomésés et le mœlena.

Nouvelle gastro-entérostomie. Ante colique. Pas d'amélioration.

Le 26 septembre 1903, sur la branche inférieure de l'anse portant la bouche gastro-intestinale, on fait une jéjunostomie (W.-E.).

Plus de douleur, plus de vomissements, plus d'hématémèse. La fistule se ferme spontanément, la sonde étant sortie pendant un voyage (cinq mois et demi).

OBSERVATION X

Eiselberg.

Homme, 33 ans. Depuis de longues années, troubles gastriques. Dyspepsie avec rémissions. Traitement médical institué à plusieurs reprises.

En 1903, laparotomie exploratrice. On trouve l'estomac normal. Hématémèse. Mœlena. Diète, lavage d'estomac, pas d'amélioration.

16 novembre 1903. Laparotomie. Quelques adhérences que

l'on détruit, estomac un peu dilaté, ganglions, au niveau de la petite courbure et à la face postérieure de cette petite courbure une plaque indurée. Jéjunostomie (E.-W.).

Amélioration, mais encore quelques douleurs.

En juillet 1904, le malade dit être bien portant et pouvoir manger de tout sans souffrir.

OBSERVATION XI

Eiselberg.

Femme 54 ans. Depuis 12 ans, douleurs, crampes, vomissements. Tumeur épigastrique, hyperchlorhydrie.

20 août 1901. Laparotomie. Estomac non dilaté. Pylore libre, près du cardia, le long de la petite courbure se trouve la tumeur. Jéjunostomie (E. Wit.). *Plus de douleurs, plus de vomissements.*

Le quatorzième jour, parotidite double suppurée. Broncho-pneumonie.

Mort.

OBSERVATION XII

Eiselberg.

Femme, 60 ans. Souffre de l'estomac depuis de longues années.

Depuis trois ans, aggravation.

Depuis six mois, vomit dix à quinze minutes après le repas. Pas d'hématémèses. Tumeur. La sonde œsophagienne bute sur un obstacle à 37 centimètres de l'arcade dentaire.

Le 6 juillet 1894. Laparotomie. Tumeur pylorique, tumeur au cardia séparées l'une de l'autre. Jéjunostomie (W. E.).

Pendant cinq semaines, alimentation exclusive par fistule.

Au bout de cinq mois, la malade peut manger de la viande sans difficulté. Augmentation de 20 kilogrammes en quinze mois. *Fistule continente*. — La sonde œsophagienne arrive facilement dans l'estomac. *On ne sent plus de tumeur*.

Après s'être nourrie sept à huit mois par la bouche exclusivement, des douleurs apparaissent à nouveau, qui disparaissent dès que l'alimentation par fistule est reprise.

Guérison. Fermeture de la fistule le 22 mai 1897.

OBSERVATION XIII

Eiseilberg.

Femme 36 ans. Vomissement de sang il y a six jours. A gauche près de l'ombilic rénitence sensible.

Le 24 février 1899. Laparotomie. Estomac en sablier. Ulcère petite courbure, gastroplastie. Jéjunostomie (W. E.).

Mort douze heures après. Péritonite purulente à streptocoque.

OBSERVATION XIV

Eiselberg.

Femme, 23 ans. Depuis un an et demi, douleurs, vomissement, hématemèses fréquentes, mœlena. Résistance épigastrique. Hyperchlorhydrie.

Le 4 juillet 1900. Laparotomie. Tumeur pylorique s'étendant sur petite courbure. Malade affaiblie par des hémorragies, on ne fait pas de gastro entérostomie. Mais jéjunostomie (W.-E.).

Mort trois jours après. Péritonite purulente. Abscès sous-phrénique, perforation d'ulcère.

OBSERVATION XV

Eiselberg.

Homme, 44 ans. Troubles gastriques datant de trois ans, aggravation il y a quatre mois. Malgré le traitement médical, vomissements fréquents, tumeur épigastrique.

Le 29 novembre 1901. Laparotomie. Tumeur à petite courbure, estomac dilaté. Jéjunostomie (W.-E.), pneumonie.

Mort sept jours après.

OBSERVATION XVI

Eiselberg.

Femme 34 ans. Depuis trois ans, douleur après repas, vomissements, mœlena. Traitement médical : amélioration passagère. Puis aggravation, douleurs vives. Hématémèses abondantes. Diète, repos : amélioration.

Il y a cinq mois, réapparition des douleurs et des vomissements, apparition d'une tumeur épigastrique volumineuse et dure.

Le 22 octobre 1903. Laparotomie. Ulcère calleux grande courbure. Adhérences au pancréas. Estomac en sablier. Jéjunostomie (W.-E.).

Plus de douleurs, amélioration très notable, la tumeur disparaît. Fistule continente.

Mort neuf mois et demi après suicide.

OBSERVATION XVII

Eiselberg.

Homme, 23 ans. Douleurs, vomissements. Depuis quatre mois, voussure apparaît près de l'arc costal gauche et disparaît en faisant glouglou.

Le 20 janvier 1903. Jéjunostomie (W.-E.).

Le malade se nourrit pendant sept semaines, exclusivement par fistule.

Plus de douleur. Le malade enlève la sonde, la fistule se ferme. De nouveau apparaissent des douleurs, des crampes, des éructations.

Le 5 août 1903. Le malade revient à l'hôpital, amaigrissement, douleurs, crampes, stase de 1.400 centimètres cubes.

Le 11 août 1903. Deuxième jéjunostomie.

Mort neuf jours après.

Autopsie : Ulcère duodenum et du pylore, rétrécissement. Dilatation extrême de l'estomac. Tuberculose chronique. Caséification des ganglions du mésentère. Périgastrique intense.

OBSERVATION XVIII

Bunge.

Femme, 39 ans. Depuis sept ans, souffre de l'estomac. Douleurs, vomissements, mœlena, pas d'hématémèse.

Résistance épigastrique. Laparotomie, adhérences nombreuses. Estomac en sablier. On renonce à la gastro-entérostomie. Jéjunostomie (W.-E.). *Fistule continente. Amélioration notable.*

Douleurs réapparaissent trois ans et demi après l'opération à la suite d'une alimentation très grossière.

OBSERVATION XIX

Eiselberg.

Femme, 29 ans. Douleurs, vomissements. Hématémèses abondantes et fréquentes, mœlena.

Le 25 avril 1901. Laparotomie, périgastrite, estomac en sablier (partie cardiaque peu développée, région pylorique très distendue). Pylore caché sous le foie. *Gastro-entérostomie antérieure. plus jéjunostomie* sur la branche inférieure de la gastro-entérostomie.

Plus de douleurs. *Fistule continente*. Se nourrit exclusivement par fistule.

Guérison constatée deux ans après.

OBSERVATION XX

Eiselberg.

Homme, 55 ans. Depuis six ans, douleurs, vomissements, hématémèses. Traitement médical, amélioration. Puis à nouveau, douleurs, vomissements. Dilatation gastrique. Tout à coup, hématémèse abondante.

Deux jours plus tard, laparotomie, tumeur de la petite courbure. Jéjunostomie (W.-E.).

Plus de vomissements, plus d'hématémèses.

Mort le vingtroisième jour. Abscès sous-phrénique.

OBSERVATION XXI

Elselberg.

Homme, 18 ans. Hématémèses abondantes. Mœlena. Syncopes fréquentes.

Jéjunostomie (W.-E.).

Mort trois jours et demi après : occlusion intestinale. Coudure du jéjunum.

OBSERVATION XXII

Laurens.

Homme, 46 ans. Depuis seize ans. douleurs après repas, vomissements fréquents, mœlena.

Traitement médical : amélioration.

Il y a six ans, hématémèse abondante, mœlena.

Traitement médical. A chaque essai d'alimentation, hématémèses réapparaissent.

Malade très faible, amaigrissement de 19 kilogrammes.

Jéjunostomie (W.-E.). *Plus de douleurs, plus de vomissements, plus d'hématémèses. Fistule continente.*

Guérison constatée deux ans et demi après opération.

OBSERVATION XXIII

Rantzi.

Homme, 20 ans. Ulcère de l'estomac. Perforation gastrique.

Le 5 mai 1903. Laparotomie. Lavage au sérum. Suture de la perforation.

Jéjunostomie (W.-E.).

Mort dix-huit heures après.

OBSERVATION XXIV

Eiselberg.

Homme, 45 ans. Ulcère gastrique, perforation.

12 janvier 1904. Laparotomie. Lavage sérum, suture de la perforation.

Jéjunostomie (W.-E.). Guérison constatée neuf mois après opération.

OBSERVATION XXV

Lejars.

Homme, 35 ans. Accidents gastriques datant de quinze mois environ. Douleurs survenant une demi-heure après toute ingestion alimentaire. Pas hémathémèses, pas mælena.

Au bout de cinq ou six mois, les vomissements avaient paru, irréguliers d'abord puis se répétant tous les deux ou trois jours et contenant des débris alimentaires non digérés. Amaigrissement notable. Hypochlorhydrie.

20 avril 1900. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg). Plus de douleurs. *Tuméfaction épigastrique disparaît. Guérison. Fistule continenté.*

OBSERVATION XXVI

Lejars.

Homme, 37 ans. Souffre de l'estomac depuis douze ans. Douleurs surviennent deux ou trois heures après le repas, irré-

lièrement d'abord, puis d'une façon constante et journalière et suivies presque toujours de vomissements. Intolérance absolue. Sensibilité épigastrique diffuse.

15 avril 1904. Laparotomie. Estomac assez volumineux, au pylore quelques adhérences. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel): Trois mois après le malade avait repris bonne mine, augmente de 8 kilos, *ne vomit plus, ne souffre plus, fistule continente.*

OBSERVATION XXVII

Lejars

Homme, 46 ans. Douleurs survenant un quart d'heure environ après le repas et ne cessant que par le vomissement. Il y a un an et demi, hémâtémèse abondante et mælena. Aggravation, amaigrissement notable.

Laparotomie, le 8 juin 1904. Estomac d'apparence normale. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg). Plus de douleurs, *plus de vomissements.*

OBSERVATION XXVIII

Bunge. Dans Stich.

Ed. R..., 48 ans. Souffre de l'estomac depuis de longues années. Depuis 1898, vomissements accompagnent douleurs. Aggravation. Hémâtémèses à quatre reprises. Vomissements très fréquents, résistance et sensibilité épigastrique.

6 mars 1902. Laparotomie. Adhérences nombreuses, épaississement des parois de la région prépylorique.

Gastro-entérostomie et Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg).

Amélioration, augmentation de poids. Plus d'hémâtémèses.

Mort le 31 mars 1903

OBSERVATION XXIX

Stieda. Dans Stich.

G. R..., 67 ans. Souffre depuis trente ans.

Hémorragies à plusieurs reprises. Traitement médical. Amélioration momentanée. Aggravation, vomissements très fréquents.

Le 9 octobre 1902. Laparotomie. Sténose du pylore. Jéjunostomie. Hématémèse. Le soir même mort.

Autopsie. Pas de péritonite. Sang dans l'intestin et l'estomac. Pylore perméable, Ulcère pylorique très développé, on voit dans le fond une artère sectionnée.

OBSERVATION XXX

Maragliano-Krause.

M. H..., 32 ans. Souffre depuis de longues années.

Hématémèses fréquentes, malade trop faible pour supporter opération radicale, on essaye de la remonter. Sérum, huile camphrée. Brusquement, dans la nuit du 13 au 14 septembre 1901, elle fut prise à minuit d'une péritonite perforante. Le lendemain à midi, laparotomie, péritonite. Perforation à l'emporte-pièce situé le long de la grande courbure près du pylore. Suture de épiploon au-dessus de la perforation, nettoyage du péritoine, drainage. Jéjunostomie (Eiselberg-Witzel).

Mort rapide.

OBSERVATION IXXX

Krause-Maragliano.

J. N..., 39 ans. Souffre depuis plusieurs années.

Le 10 septembre 1902. Laparotomie. Ulcère à bords calleux.

Excision, opération bien supportée, mais vomissements continuent.

Le 17, gastro-entérostomie en Y et jéjunostomie (Witzel-Eiselberg).

Mort le 19 octobre 1902.

OBSERVATION XXXII

Krause-Maragliano.

H. L..., 29 ans. Vomissements et douleurs depuis quatre ans surtout marquées après prise de nourriture. Hématémèses noires. Tumeur à gauche de l'ombilic. Hyperacidité. Laparotomie. Gastro-entérostomie antérieure en Y et jéjunostomie. Après l'opération, les douleurs, les vomissements cessent. D'abord, alimentation exclusive par fistule, puis mixte, et enfin buccale. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

Krause Maragliano

M. D..., 26 ans. Depuis le mois d'août 1902, douleurs, vomissements, hémorragies graves. Malgré traitement médical, hématémèses se renouvellent très fréquentes et très abondantes. Etat très misérable. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg).

Mort le lendemain.

OBSERVATION XXXIV

Mickulicz-Scholz-Henle.

P... J..., 23 ans. Douleurs gastriques, ictère, hyperacidité. 20 octobre 1896. Laparotomie. Tumeur pylorique adhérente, fluctuante. Ponction, liquide trouble. Ouverture et drainage.

Le 28 février 1898. Malade revient pour douleurs violentes malaise général, hématemèses très abondantes. Malade très faible. Malgré glace, injection de morphine, bismuth, nouvelles hémorragies.

4 avril 1898. Laparotomie. On détruit de nombreuses adhérences, on ouvre l'estomac, il sort un litre de liquide sanguinolent, on élargit l'ouverture, on tâte avec la main, on ne trouve rien.

Jéjunostomie (E.-W.). Vomissements de sang réapparaissent.

Mort le 6 avril. Thrombose de la veine-porte.

OBSERVATION XXXV

(Garre.)

Ulcère avec hémorragie aiguë. Jéjunostomie (E.-W.). Mort.

OBSERVATIONS XXXVI et XXXVII

(Herczël.)

Ulcère de l'estomac avec hémorragie aiguë. Jéjunostomie (?)
Mort, persistance des hémorragies.

OBSERVATION XXXVIII

(Heindenhein.)

Ulcère de l'estomac avec hémorragie aiguë. Jéjunostomie (?).
Après opération, hémorragies s'arrêtent. Au quatorzième jour, parotidite suppurée et mort.

OBSERVATION XXXIX

(Heidenhaim.)

Ulcère du duodénum avec hémorragies profuses. Jéjunostomie (?). Tout d'abord les hémorragies cessent, mais trois semaines plus tard elles réapparaissent et la mort survint dix semaines après l'intervention.

OBSERVATION XL

(Kelling.)

Ulcère de l'estomac avec hémorragies chroniques. Jéjunostomie en Y avec modification à la Kelling. Guérison.

OBSERVATION XLI

(Eiselberg.)

Limite plastique de Brinton non néoplasique. Jéjunostomie (W.-E.). *Plus de douleurs, plus de troubles digestifs. Guérison.*

III

Observations de jéjunostomie pour brulures.

OBSERVATION I

Maydl.

H..., 36 ans, herboriste. Boit le 24 décembre 1901 30 grammes d'acide azotique.

Entre le 23 janvier 1902.

Vomissements de matières jaunâtres et purulentes. Avec sonde œsophagienne on constate trois obstacles de plus en plus serrés à 18, 38, 40 centimètres des arcades dentaires, le dernier infranchissable.

27 janvier. Gastrostomie.

30 janvier. Jéjunostomie en Y, bouton de Murphy.

28 février. Sort de l'hôpital.

OBSERVATION II

Maydl.

B... U..., 10 ans. 24 juin 1899, tombe du troisième étage.

Fracture compliquée, craignant de perdre sa place, boit 20 centimètres cubes de vitriol, le 20 avril 1901. Vomissements de sang abondants. Après trois semaines, vomissements ces-

sent. 39° de température. Douleurs, amaigrissement de 13 kilogrammes en trois semaines. Perd 3 kilogrammes par semaine, amaigrissement de 27 kilogrammes.

20 juin 1901. Entre dans service de chirurgie.

8 juillet. Laparotomie. Estomac rétracté, larges adhérences au foie, cicatrices nombreuses.

Jéjunostomie en Y. Bouton de Murphy.

15 juillet. Mort.

OBSERVATION III

Eiselberg.

Femme, 34 ans. Suicide avec acide azotique. Sténose de l'œsophage et du pylore.

Jéjunostomie (W.-Eiselb.), 11 jours plus tard, gastrostomie et dilatation de l'œsophage.

Six mois après, gastro-entérostomie rétro-colique et fermeture de fistule jéjunale.

Cinq mois plus tard, gastrotorraphie. Guérison.

OBSERVATION IV

Eiselberg.

Femme, 47 ans. Suicide avec acide chlorhydrique.

Dix semaines plus tard entre dans service de chirurgie : malade ne se nourrissait plus que par des lavements alimentaires. Sonde œsophagienne est arrêtée à 13 centimètres et à 45 centimètres des arcades dentaires.

Vomissements de mucosités purulentes et sanguinolentes.

Le 9 octobre 1901. Jéjunostomie (W.-E.).

Malade excessivement faible.

Mort le lendemain dans le collapsus.

OBSERVATION V

Hahn. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1874.

Retrécissement de l'œsophage par des caustiques.

M... R... tente de se suicider en absorbant un acide.

Dyspnée, vomissements abondants, pouls petit, fréquent. La sonde œsophagienne ne peut pénétrer dans l'estomac. Un cathétérisme fait le 11 septembre ayant provoqué des hématomèses abondantes et répétées, on se décide à pratiquer une jéjunostomie.

Opération, 15 septembre : jéjunostomie latérale en deux temps.

Le lendemain, ouverture de l'intestin, amélioration. Guérison.

OBSERVATION VI

Clermont.

Femme, 22 ans. Suicide avec un huitième de litre de potasse.

Etat très grave, faiblesse extrême.

Passe dans service de chirurgie.

Le 26 avril 1902. Jéjunostomie sans anesthésie, malade sans connaissance.

Meurt le lendemain sans avoir repris connaissance.

OBSERVATION VII

Eiselberg.

Femme, 21 ans. Suicide avec acide sulfurique. Cinquante jours plus tard entre dans service de chirurgie, malade très faible.

15 octobre 1903. Laparotomie : estomac petit, ratatiné. pylore dur augmenté de volume.

Jéjunostomie (W.-E.). Broncho-pneumonie.

Mort le 6 décembre, cinquante et un jours après l'opération.

OBSERVATION VIII

Karewski. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1896.

Retrécissement de l'œsophage consécutif à ingestion de chlorure de zinc.

Femme, 35 ans. Tentative de suicide, absorbe 50 grammes d'une solution à 5 p. 100 de chlorure de zinc. Vomissements, collapsus. Lavages de l'estomac. huile camphrée, on parvient à sauver momentanément la malade. Les plus petites quantités d'aliments liquides sont immédiatement rendus. Alimentation rectale. La malade dépérit de plus en plus. Vomissements même quand aucun aliment n'a été ingéré. Maigreur extrême.

12 octobre, opération: jéjunostomie (méthode Witzel).

Mort le huitième jour après l'opération.

Autopsie: Perforation de l'estomac, péritonite diffuse suppurée.

OBSERVATION IX

Eiselberg.

Homme, 38 ans. Suicide avec potasse caustique.

Entre service médical: vomissements de mucosités purulentes et sanguinolentes. Quatre semaines plus tard passage en chirurgie, rétrécissement de l'œsophage à 25 centimètres des arcades dentaires. Laparotomie le 14 juin 1902: estomac en sablier.

Jéjunostomie (W.-E.). Cinq semaines après, gastrostomie en deux temps. Après cinq mois, gastro-entérostomie Guérison.

OBSERVATION X

Heuck.

M. L..., 22 ans. Suicide avec acide chlorydrique. Traitement médical. Bientôt vomissements et douleurs à la moindre ingestion de liquide. Le malade refuse de manger, refuse la sonde œsophagienne, les lavements alimentaires ne sont plus supportés. Amaigrissement considérable.

17 juin 1901. Quarante jours après la tentative de suicide, gastro-entérostomie (l'œsophage était perméable).

Puis jéjunostomie (E.-W.). Fistule continente. Augmentation de poids.

Le 10 juillet on essaya, mais en vain de passer une sonde dans l'œsophage, obstacle au niveau du cardia. Gastrostomie. Dilatation rétrograde de l'œsophage, sonde à demeure. Dilatation progressive. Guérison complète.

OBSERVATION XI

Mikulicz-Scholz.

J. J..., 40 ans. Tentative de suicide, acide azotique.

Traitement médical : Lavages d'estomac, vomitifs. Température, 39°. Cinq semaines après, douleurs. Vomissements, amaigrissement énorme, obstacle à 44 centimètres des arcades dentaires. Laparotomie. Estomac ratatiné entièrement malade. Jéjunostomie (E.-W.).

Après opération, vomissements qui font supposer de par leur caractère qu'il y a un rétrécissement de l'intestin, on met

une sonde plus petite. Vomissements s'arrêtent. Amélioration, augmentation de poids, on fait la gastrostomie le 22 juillet pour drainer l'estomac qu'il est impossible de laver. Mort le 4 août de péritonite.

OBSERVATION XII

• Henle-Scholz.

E..., 49 ans. Brûlures de l'œsophage et de l'estomac par la potasse. Dysphagie très prononcée, impossibilité de se nourrir. Gastrostomie, insuffisance de l'opération, amaigrissement continu.

Jéjunostomie (E.-W.), bon résultat, dilation de l'œsophage. Guérison.

OBSERVATION XIII

Albert. *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1894.

Ulcérations de l'œsophage et de l'estomac par absorption de potasse.

Le 29 mai, absorption de potasse; malade arrive à l'hôpital dans un état d'inanition extrême.

Opération le 1^{er} juillet. Jéjunostomie (procédé d'Albert).

Mort quelques heures après.

OBSERVATION XIV

Hahn. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1894.

*Rétrécissement de l'œsophage consécutif à l'action
de l'acide sulfurique.*

K. S... Tentative d'empoisonnement avec acide sulfurique. Le pharynx est presque fermé par tuméfaction. Vomissements répétés et abondants de masses brunes, mêlées de lambeaux de muqueuses.

Opération le 16 janvier 1894. Jéjunostomie latérale en deux temps.

Le lendemain, ouverture de l'intestin.

Mort huit jours après.

Autopsie : Gangrène de la muqueuse, de l'estomac et de l'œsophage. Myocardite, pneumonie, néphrite, péritonite purulente circonscrite.

IV

Observations de jéjunostomie par vomissements incoercibles de la grossesse.

OBSERVATION

Brunon et Jeanne.

Dame X..., 26 ans, se plaint d'une gastralgie à forme paroxystique dont le début remonte à *deux ans*. Depuis six mois les douleurs ont diminué mais les vomissements ont augmenté de fréquence et d'abondance, compromettant gravement l'état général.

L'intolérance devient absolue. Grossesse de trois mois ignorée.

Jéjunostomie (E.-W.). Amélioration, plus de vomissements. Un mois plus tard, la sonde est expulsée spontanément, on laisse la fistule se fermer. La malade quitte la Maison de santé en parfait état. Bientôt les vomissements réapparaissent. Avortement provoqué et mort.

CONCLUSIONS

I. — La jéjunostomie est bien d'origine française ; c'est à Surmay qu'appartient la première jéjunostomie.

II. — La jéjunostomie est une opération rationnelle au point de vue physiologique.

III. — C'est à Maydl que revient l'honneur d'avoir montré que la jéjunostomie valait mieux qu'on ne l'avait cru, d'avoir étendu (en exagérant un peu) et précisé ses indications.

IV. — Dans le cancer de l'estomac, la jéjunostomie est une opération palliative de second ordre, ne vivant que des contre-indications de la gastrectomie, et de la gastro-entérostomie. Elle donne et ne peut donner que des résultats médiocres. La gastro-entérostomie n'en donne, d'ailleurs, pas de bien supérieurs.

V. — Dans l'ulcère peptique ses indications sont plus nombreuses, plus étendues. L'ulcère floride non pylorique, compliqué ou non, résistant au traitement médical sera heureusement influencé dans sa marche par la création d'une bouche jéjunale.

VI. — Dans les brûlures de l'œsophage et de l'estomac la jéjunostomie est l'opération de choix. Elle est ici une

opération d'urgence. Elle a donné de bons résultats, et peut encore en donner de meilleurs.

VII. — Deux procédés excellents :

Procédé en Y de Maydl avec torsion à la Souligoux.

Procédé de jéjunostomie latérale avec canalisation de Eiselbeg-Witzel.

Le premier plus compliqué, s'adresse aux malades encore résistants.

Le deuxième plus simple, plus rapide et moins grave, convient aux malades affaiblis, incapables de supporter une intervention de quelque durée.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

A . LE DENTU

Vu : LE DOYEN,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- SURMAY. — De l'entérostomie. *Bull. de thérapeutique*, 1878, p. 445.
- Observation d'entérostomie suivie de quelques applications sur le procédé adopté et les indications de cette opération. *Bull. de thérapeutique*, 1878, p. 198.
- TERRIER. — Quelques remarques sur la jéjunostomie. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1878, p. 986.
- MONTAZ. — Entérostomie pour cancer de l'estomac. *Dauphiné médical*, 4 avril 1894; *Archives provinciales de chirurgie*, 1894, p. 475.
- LE DENTU. — *Bulletins de la société de chirurgie*, 1898, p. 995.
- VERDIN. — Duodénostomie et jéjunostomie. *Thèse*, Paris, 1898.
- BOSQUET. — La jéjunostomie. *Thèse*, Paris, 1898-99.
- JEANNEL. — Chirurgie de l'intestin, 1898, 2^e édition, 1901.
- TERRIER. — Jéjunostomie avec disposition verticale de l'anse. *Bulletins de la société de chirurgie*, 1902.
- *Bulletins de la société de chirurgie*, 1904, p. 219.
- SCHWARTZ. — De la jéjunostomie et spécialement de la jéjunostomie en Y. *Bulletins de la société de chirurgie*, 1904, p. 170.
- RICHE. — La jéjunostomie dans le traitement du cancer de

- l'estomac. La jéjunostomie en Y. *Presse médicale*, 2 mars 1904.
- QUÉNU. — *Bulletins de la société de chirurgie*, 1904, pp. 194, 305, 447.
- WALTHER. — *Bulletins de la société de chirurgie*, 1904, p. 218.
- HARTMANN. — *Bulletins de la société de chirurgie*, 1901 et 1904, p. 198.
- TUFFIER. — *Bulletins de la société de chirurgie*, 1904, p. 196.
- LEJARS. — Application et technique de la jéjunostomie. *Semaine médicale*, 27 juillet 1904.
- MONPROFIT. — La jéjunostomie en Y dans la gastrite ulcéreuse. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904.
- ARCE. — Un nouveau procédé commun à la gastrostomie et à la jéjunostomie. *Revue de chirurgie*, 1905.
- BRASSEUR. — De la jéjunostomie et principalement de la jéjunostomie en Y au cours de l'ulcère de l'estomac en activité. *Thèse*, Lille, 1905-06.
- BAUDUOIN. — De la jéjunostomie en Y dans les hémorragies duodénales. *Gazette médicale de Paris*, 4 juin 1904.
- LETOREY. — Traitement chirurgical d'urgence des brûlures de l'estomac. *Thèse*, Lyon, 1905-06.
- BRUNON et JEANNE. — Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la jéjunostomie. *Bulletin médical*, 14 juillet 1906.
- MARTIN. — *Revue médicale de Normandie*, 25 juillet 1906.
- DESHAYES. — *Normandie méd.*, 1^{er} sept. 1906.
- TERRIER. — *Bulletin de la société de chirurgie*, 1906, p. 544.
- LEJARS. — *Bulletin de la société de chirurgie*, 1906, p. 597.
- GUINARD. — Deux cas de jéjunostomie en Y avec torsion de la bouche jéjunale. *Bulletins de la société de chirurgie*, 1906, pp. 540 et 543.
- SOULIGOUX. — In rapport de Guinard.

PEYROT. — In *Thèse*, Bosquet.

QUÉNU. — *Bulletins de la société de chirurgie*, 1906, p. 601.

HARTMANN. — *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, p. 351, Paris, 1903.

— Rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures et son traitement. *Comptes rendus du X^e Congrès français de chirurgie*. Paris, 1896, p. 424.

SAVARIAUD. — Ulcère hémorragique de l'estomac. *Thèse*, Paris, 1898.

VALLAS. — *Bulletins de la société de chirurgie de Lyon*, 16 février 1905.

TUFFIER et JEANNE. — Des gastrorrhagies dans l'ulcère simple de l'estomac. *Revue de chirurgie*, 1905.

ROBERTSON. — *Brit. med. Journ.*, 1885, p. 376, vol. II.

GOLDING BIRD. — Jejunostomy. *Clin. soc. of London*, 27 nov. 1885.

— *Brit. med. Journ.*, 1885, vol. II, p. 1063.

PEARCE GOULD. — Jejunostomy. *Clin. Soc. of London*, 5 déc. 1885. *Brit. med. Journ.*, 1885, vol. II, p. 1064.

GREIG SCHMIDT. — *Abdominal Surgery*, London, 1889.

JESSETT. — *Brit. med. Journ.*, 1892, vol. I, p. 119.

MAYDL. — *Wiener med. Wochens.*, 1892, nos 18, 19, 20, pp. 698 et 782.

HAHN. — Ueber jejunostomie. *Deutsch. med. Wochens.*, t. XX, n° 27, p. 557.

EISELBERG. — *Arch. für Klin. Chir.*, 1895, t. L, p. 932.

— *Berl. Klin. Wochens.*, 1897, t. XXXIV, p. 33.

— Ueber Verätzungs stricturen des pylorus. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1900, LXII, I.

KAREWSKY. — *Berl. Klin. Wochens.*, 1896, p. 1112.

MOYNIHAN. — The oper. of jejunostomy with a report of two cases. *Brit. med. Journ.*, 1902, vol. I, p. 1599.

SCHOLZ. — Neun fälle von jejunostomie. *Thèse*, Breslau, 1898.

- KADER. — In Scholz.
HENLE. — In Scholz.
MIKULICZ. — In Scholz.
CACKOVIC. — *Arch. f. Clin. Chir.*, 1902, LXV, 2.
— *Arch. f. Clin. Chir.*, 1903, LXIX, 3.
— Ein Fall von jejunostomie, *Lienicki Viestnik*, 1904, n° 5.
— *Centralbl. f. ch.*, 1905, n° 10, p. 266.
LARKIN. — *The Lancet*, 17 sept. 1891, p. 667.
HEUCK. — *Beiträge zur Klin. chir.*, 1902, XXXIV.
NÖSSKE. — *Deutsche zeitsch. f. chir.*, 1904, LXXII, 1-3.
HEIDENHAIN. — *Deutsche Zeitsch. f. chir.*, 1899, LIII, 5 6.
KELLING. — *Centralbl. f. chir.*, 6 février 1904.
ALBERT. — Eine neue Methode der jejunostomie. *Wien. med. Wochens.*, 6 janvier 1894.
HELFERICH. — In Nösske.
— In Borchers. *Th. Greifswald*, 1896.
MAYLARD. — *The Lancet*, 1897, t. II, p. 1454.
MAYDL. — Ueber jejunostomie. *Mittheil. aus den Grenzgeb. des med. und chir.*, 1898, III, p. 532.
— Weitere bertrage zur indications. Stellung der jujunostomie. *Wien. Klin. Rundschau*, 4 et 11 janvier 1903.
MAYO ROBSON. — *The Lancet*, 3 juin 1905, p. 1488.
LEMPPE. — *Arch. f. klin. chir.*, 1905, t. LXXXVI, p. 323.
— *Centralbl. f. chir.*, 1905, n° 25, p. 672.
CLERMONT. — *Arch. f. klin. chir.*, 1905, t. LXXXVI.
STICH. — *Beiträge zur klin. chir.*, 1904.
FRIEDERICH. — *Th.*, Kiel, 1904, analysée in *Centralbl. f. chir.*, n° 17, 29 avril 1905, p. 476.
BASTIANELLI. — *Il. Policlin.*, 22 avril 1906, fasc. XVI (sezione pratica), p. 513.
MARAGLIANO. — *Beiträge zur Klinische chirurgie*, 1904.
JONNESCO. — *Société de chirurgie*, Budapest, mars 1906.
KRAUSE. — In Maragliano.

GARRÉ. — *In comptes rendus du premier Congrès de la Société internat. de chirurgie*, 1903.

HEREZEL. — Id.

JONNESCO. — Id.

STOUKEY. — Sur les indications de la jéjunostomie. *Archives Russes de chirurgie*, 1904, 6^e livraison.

